

Psihologie

Ion Dafinoiu

PERSONALITATEA

Metode de abordare clinică

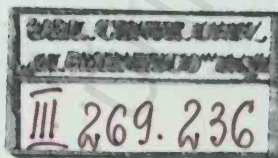
Observația și interviul



III 269.236

Collegium

POLIROM



COLLEGIUM

Psihologie

PERSONALITATEA

Metode calitative de studiere

Observatia si

© 2002 by Educatia Colorm

www.colorm.ro

Educatia Colorm

Reg. B-1000, Cluj, Nr. 4, P.O. BOX 100 2000

Business Office, Cluj, Cluj, Nr. 4, P.O. BOX 100 2000

Special: New DTP a Brillant, Cluj, Nr. 4, P.O. BOX 100 2000

DAFNIU 100

DAFNIU 100, Cluj, Nr. 4, P.O. BOX 100 2000

DAFNIU 100, Cluj, Nr. 4, P.O. BOX 100 2000

DAFNIU 100, Cluj, Nr. 4, P.O. BOX 100 2000

DAFNIU 100, Cluj, Nr. 4, P.O. BOX 100 2000

DAFNIU 100, Cluj, Nr. 4, P.O. BOX 100 2000

DAFNIU 100

DAFNIU 100

DAFNIU 100

DAFNIU 100, Cluj, Nr. 4, P.O. BOX 100 2000

DAFNIU 100

Seria *Psihologie* este coordonată de Adrian Neculau.

Ion Dafinoiu este conferențiar, cancelar al Facultății de Psihologie și Științele Educației, șeful catedrei de Psihologie Medicală și Psihopedagogie Specială din cadrul Universității „Al.I. Cuza”, Iași; președinte al Societății Române de Hipnoză Clinică, Relaxare și Terapie Ericksoniană, vicepreședinte al Asociației Române de Psihoterapie. De același autor: *Sugestie și hipnoză* (Editura Științifică și Tehnică, 1996), *Elemente de psihoterapie integrativă* (Editura Polirom, 2000).

© 2002 by Editura POLIROM

www.polirom.ro

Editura POLIROM

Iași, B-dul Copou nr. 4, P.O. BOX 266, 6600

București, B-dul I.C. Brătianu nr. 6, et. 7, P.O. BOX 1-728, 70700

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României :

DAFINOIU, ION

Personalitatea. Metode calitative de abordare. Observația și interviul I

Ion Dafinoiu – Iași : Polirom, 2002

248 p., 24 cm (Collegium. Psihologie)

Bibliogr.

ISBN : 973-683-885-4

159.923

Printed in ROMANIA

Ion Dafinoiu

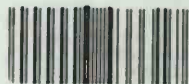
Tablă de materii

275.629

PERSONALITATEA

Metode calitative de abordare

Observația și interviul → 272.658



343331

B.C.U. IASI

POLIROM
2002

ALE

Ion Dănilă

Ion Dănilă este profesor universitar la Facultatea de Psihologie, Universitatea din Iași. Este autorul a numeroase lucrări științifice și a unor cărți de sinteză. A fost membru al Comitetului Național de Psihologie, al Asociației Psihologilor din România și al Societății de Psihologie Experimentală. Este căsătorit și are doi copii.

PERSONALITATEA

Metode cognitive de abordare

Observația și interviul

30. SEP. 2002



Tablă de materii

CUVÂNT ÎNAINTE	11
Capitolul I	
EVALUAREA PERSONALITĂȚII. SCHIȚĂ ISTORICĂ	15
1. Metode preștiințifice	17
2. Abordarea științifică	20
Capitolul II	
STUDIUL ȘI EVALUAREA PERSONALITĂȚII.	
PROBLEME GENERALE.....	29
1. Ce este personalitatea ?	31
2. Abordare nomotetică sau idiografică ?	32
3. Comportamentul este determinat de trăsăturile de personalitate sau de situație ?	33
4. Rolul eredității în determinarea personalității.....	38
5. Probleme etice generate de studiul și evaluarea personalității.....	41
5.1. Conflicte valorice în cercetarea psihosocială	41
5.2. Aspecte ale activității științifice care pot antrena probleme etice	42
5.3. Tipuri de probleme etice în cercetarea psihologică și în activitatea de evaluare a personalității	44
Capitolul III	
ABORDAREA CLINICĂ ÎN PSIHOLOGIE	53
1. Caracteristici generale	55
2. Resurse și limite	57
3. Complementaritate și integrare	59

Capitolul IV	
OBSERVAȚIA	63
1. Definiție	65
2. Observația sistematică directă	67
2.1. Ce observăm?	67
2.2. Selectarea și definirea comportamentelor	68
2.3. Grile de observație	70
2.4. Procedee de înregistrare și eșantionare	76
2.4.1. Proceduri de înregistrare specifice observației directe	76
2.4.3. Proceduri de înregistrare specifice autoobservației	78
2.4.4. Eșantionarea	79
3. Metodele observației	81
3.1. Observația naturală	81
3.1.1. Considerații generale	81
3.1.2. Tehnicile observației naturale	82
3.1.3. Limitele observației naturale	84
3.1.4. Observația participantă	84
3.2. Observația controlată (sistematică)	86
3.2.1. Considerații generale	86
3.2.2. Observația controlată în evaluarea clinică a personalității	87
3.3. Autoobservația	90
4. Scurte considerații psihometrice	93
5. Procese psihologice și psihosociale implicate în activitatea observativă	94
5.1. Distorsiunile observației provocate de observator	94
5.2. Observația – ca situație socială interactivă	96
Capitolul V	
INTERVIUL PSIHOLOGIC – CADRU GENERAL	99
1. Definiție, caracteristici generale	101
2. Mecanisme și procese psihologice implicate în interviul clinic	106
2.1. Empatia și identificarea	106
2.2. Proiecția	108

2.3. Transferul	108
2.4. Contratransferul	109
3. Comunicarea nonverbală	110
4. Sincronizarea – stabilirea raportului psihologic	115
5. Metamodelul pentru limbaj – arta de a pune întrebări	118
5.1. Omisiunile	119
5.2. Generalizările	121
5.3. Distorsiunile	124
5.4. Concluzii	128
6. Conținutul și structura interviului	128
6.1. Conținutul întrebărilor	128
6.2. Ordinea întrebărilor	130
6.3. Formularea întrebărilor	131
6.4. Întrebări care asigură neutralitatea intervievatorului	136
7. Controlul situației de interviu	141
8. Înregistrarea datelor	142
9. Reflecții etice	143
10. Analiza și interpretarea datelor produse cu ajutorul interviului	145
10.1. Analiza de conținut – definiție, caracteristici, tipuri	145
10.2. Metode de analiză	147
10.2.1. Analiza tematică	147
10.2.2. Analiza interlocutorie	147
10.2.3. Analiza lexicală	148
10.2.4. Analiza propozițională a discursului	149
10.2.5. Analiza structurală	150
10.3. Etapele unei analize de conținut	155
11. Tipuri de interviu	160
Capitolul VI	
INTERVIUL CLINIC	165
1. Introducere	167
1.1. Definiție. Caracteristici generale	167

1.2. Tipuri de interviu	168
1.3. Atitudinea clinică	169
2. Interviu clinic psihiatric	170
2.1. Structura și obiectivele interviului psihiatric	170
2.2. DSM-IV – ghid pentru interviul clinic psihiatric	174
2.3. Limitele diagnosticului psihiatric	176
2.4. Utilizarea computerului în realizarea interviului clinic psihiatric	179
3. Interviu clinic de evaluare	180
3.1. Obiective	180
3.2. Aspecte specifice și dificultăți	180
3.3. Niveluri de evaluare în cadrul interviului clinic	181
3.4. Descriere sau interpretare?	185
4. Modelul psihanalitic al interviului clinic	186
4.1. Obiectivul general al curei psihanalitice	186
4.2. Structura curei psihanalitice	186
4.3. Relația analist – pacient	187
4.4. Caracteristicile limbajului psihanalitic	189
5. Interviu clinic non-directiv (C. Rogers)	190
5.1. Caracteristicile relației de ajutor (terapii centrate pe client)	191
5.2. Cadrul teoretic al terapii centrate pe client	191
5.3. Atitudinile specifice terapii centrate pe client	192
5.4. Reformularea – intervenție verbală non-directivă	193
5.4.1. Reformularea – reflectare	194
5.4.2. Reformularea ca inversare a raportului figură-fond	194
5.4.3. Reformularea-clarificare	195
5.5. Abilități necesare conducerii unui interviu non-directiv	196
6. Interviu clinic în terapiile cognitiv-comportamentale (TCC)	198
6.1. Caracteristici generale ale relației terapeutice în TCC	198
6.2. Interviu de evaluare cognitiv-comportamentală	200
6.3. Tehnici specifice interviului de evaluare cognitiv-comportamentală	206
6.4. Modele de analiză funcțională în TCC	208

6.5. Caracteristicile interviului clinic destinat analizei funcționale în TCC	211
---	-----

7. Interviu centrat pe obiective și soluții – în consiliere și psihoterapie	212
---	-----

7.1. Principalele caracteristici ale terapiilor scurte	212
--	-----

7.2. Principiile fundamentale ale terapiei centrate pe soluție	214
--	-----

7.3. Caracteristicile unui scop bine definit	221
--	-----

7.4. Interviu terapeutic centrat pe soluție	227
---	-----

7.5. Intervenții asupra schemelor comportamentelor – simptom	238
--	-----

7.6. Menținerea și amplificarea schimbării terapeutice	238
--	-----

Bibliografie	241
--------------------	-----

CUVÂNT ÎNAINTE

*Nu vei găsi granițele sufletului
chiar parcurgând toate căile sale,
atât de profund este discursul său...*

Heraclit

Personalitatea este astăzi studiată cu ajutorul unei diversități de abordări, tehnici și metode. Deși, în mod evident, cercetarea psihologică a personalității datorează deosebit de mult psihometriei și psihologiei dinamice – care i-au inspirat primele dezvoltări – ea este astăzi stimulată de concepte și ipoteze care provin din domenii diverse: sociologie, antropologie, biologie, criminologie, filosofie etc.

Majoritatea specialiștilor din domeniu sunt de acord cu faptul că evaluarea personalității este un demers complex care poate atinge un nivel de coerență satisfăcător, cu condiția acceptării unor compromisuri care au drept consecință elaborarea unei *imagini parțiale* a funcționării personalității. Se poate pune astfel accentul pe ceea ce *spune* sau *face* individul pe care dorim să-l cunoaștem, pe analiza proceselor *conștiente* sau *inconștiente*, pe evaluarea structurilor *stabile* sau a aspectelor *dinamice*, dar, cu greu – dacă nu chiar imposibil – putem avea în vedere toți parametrii personalității.

Controversele provocate de abordarea clinică a personalității își au originea în obiectivul pe care aceasta și l-a propus: *cunoașterea și înțelegerea personalității în totalitatea sa*. Și, întrucât „nu dispunem niciodată de o informație exhaustivă asupra unei persoane, clinica nu ar putea fi nici predată nici edificată!” (Reuchlin, 1992).

Cred că nu trebuie să opunem caracterul holist al abordării clinice relativității cunoașterii noastre. Psihologia clinică este, pur și simplu, partea cunoașterii psihologice ce contrabalansează tendințele psihometrice care fac din personalitate o sumă de scoruri parțiale, pierzând persoana printre mediile grupurilor studiate. Adepții metodei experimentale și ai tehnicilor psihometrice – care își propun să evidențieze adevăruri factuale, măsurabile și verificabile, prin studierea relației stimul-răspuns, uită că, în psihologie, stimulul (situația) reprezintă un ansamblu de semnificații care, la fel ca și răspunsul, implică întreaga istorie *unică* a fiecărui subiect studiat. Răspunsurile la chestionarele standardizate care conduc la rezultate statistice cu mai multe zecimale au la bază introspecția, autoevaluarea – atât de condamnate de experimențiști!

Știința psihologică se va achita de obiectivul său – acela de a-i ajuta pe oameni să se cunoască mai bine, să se adapteze și să acționeze mai eficient – doar în măsura în care va ști să oscileze într-o manieră controlabilă între individual și general, calitativ și cantitativ, idiografic și nomotetic. Pacientul nu se află în fața noastră (ca terapeuți) pentru a dovedi adevărul teoriilor noastre – spunea deseori M. Erickson. Clinicianul – orientat

de teorii și principii științifice și conștient de limitele acestora – trebuie să „descopere” persoana concretă din fața lui fără să o înghesuie în patul procustian al teoriei la care aderă.

În abordarea clinică, psihologul clinician este cel mai important „instrument”. Pentru a produce rezultate valide, subiectivitatea lui trebuie să fie una „disciplinată”, iar această disciplină se dobândește printr-o formare profesională corespunzătoare. Volumul de față oferă studenților în psihologie, psihologilor, dar și profesioniștilor din alte domenii științifice socio-umane (pedagogi, medici, sociologi etc.) ocazia de a lua contact cu două dintre cele mai utilizate metode clinice de abordare a personalității: **observația** și **interviul**. El va fi urmat de un al doilea volum care va cuprinde celelalte metode clinice: **metoda biografică**, **studiul de caz**, **tehnicile proiective**.

Deoarece abordarea clinică presupune, în egală măsură, evaluare și intervenție – prezentarea metodelor și-a propus să acopere, pe cât posibil, utilizarea acestora atât în scop diagnostic, cât și pentru provocarea unor schimbări.

Principiul care a orientat scrierea acestei cărți a fost cel al complementarității dintre abordarea experimentală, psihometrică, pe de o parte, și abordarea clinică, idiografică și calitativă, pe de altă parte. De aceea, atât observația, cât și interviul sunt prezentate din ambele perspective. În condițiile în care abordarea clinică devine din ce în ce mai mult „un fel de a acționa, simți și proceda”, evidențierea deopotrivă a valențelor clinice și psihometrice ale metodelor prezentate este în acord cu spiritul holist al abordării clinice și cu tendințele integrative manifestate în domeniul evaluării personalității.

Ion Dafinoiu

Iași, decembrie 2001

Sofiei și fiicei mele

Capitolul I

EVALUAREA PERSONALITĂȚII SCHIȚĂ ISTORICĂ

1. Metode preliminare 17
2. Abordarea istorică 27

EVALUAREA PERSONALITĂȚII. SCHIȚĂ ISTORICĂ

1. Metode preștiințifice	17
2. Abordarea științifică	20

Dezvoltarea capacității de a înțelege și de a face predicții privind comportamentul oamenilor a fost susținută deopotrivă de interese personale imediate, dar și de interese sociale mai generale.

Domeniul evaluării personalității – ca efort *sistematic* de înțelegere și predicție a comportamentului indivizilor – are o lungă istorie.

1. Metode preștiințifice

Astrologia – încercarea de a prezice viitorul prin observarea stelelor și a altor corpuri cerești – își are originea, se pare, în Mesopotamia de acum două milenii și jumătate.

Convingerea că stelele sunt, de fapt, zei puternici i-a condus pe antici la credința că problemele oamenilor pot fi prorocite studiind cerul, că personalitatea și cursul evenimentelor din viața fiecărui individ pot fi determinate prin consultarea *horoscopului* (configurația stelelor în momentul nașterii). Au apărut horoscoape care prezic evenimente pe termen scurt (o zi, o săptămână etc.), dar și adevărate manuale pentru perioade mai lungi.

Dezvoltarea cunoașterii științifice a redus foarte mult interesul pentru astrologie, deși horoscoapele continuă să stârnească pasiunea multor oameni.

Ideea că viețile oamenilor sunt predeterminate de configurația stelelor în momentul nașterii pare foarte naivă și nu există nici un argument serios în favoarea vreunei relații între personalitatea cuiva și momentul nașterii sale. De ce atunci persistă această credință (spre disconfortul multor psihologi)? Un posibil argument ar fi așa-numitul efect Barnum¹. Alt argument îl constituie fascinația generală pe care unele idei legate de cosmos sau cu referire la supranatural o exercită asupra oamenilor. În plus, s-a creat o adevărată industrie care aduce profituri uriașe prin exploatarea acestor credințe.

Pentru a elucida mecanismele psihologice care asigură succesul astrologilor, Van Rooij (1994) a realizat un experiment interesant. Autorul a pornit de la „postulatul” astrologic conform căruia persoanele născute sub un semn „pozitiv” (Berbec, Gemeni, Leu, Balanță, Săgetător, Vărsător) ar fi personalități extravertite, în timp ce persoanele născute sub un semn „negativ” (Taur, Rac, Fecioară, Scorpion, Capricorn, Pești) ar fi personalități introvertite. Pentru a verifica această afirmație, Van Rooij a utilizat două eșantioane de peste 200 persoane. Concluziile cercetării au fost următoarele: persoanele cărora astrologia le este familiară își atribuie automat caracteristicile postulate de credința populară; astfel, autodescrierile spontane confirmă faptul că ei se aseamănă portretelor

1. Meehl (1956) a utilizat expresia „efect Barnum” pentru a „condamna acele proceduri clinice fals valide în care descrierile pacientului cu ajutorul unor probe sunt realizate astfel încât să se potrivească în mare măsură pacientului sau oricui în virtutea caracterului lor banal, și în care orice inferență mai puțin banală, dar probabil eronată, este ascunsă în contextul afirmațiilor sau negărilor care sunt recepționate cu încredere pur și simplu din cauza prețurii lor din partea populației”.

astrologice. Se poate spune deci că astrologii au mai puține șanse să se înșele cu persoanele care cred în astrologie.

Similară astrologiei este *tehnica bioritmurilor* – o metodă de predicție dezvoltată inițial de Wilhelm Fliess (coleg al lui Freud) și promovată ulterior de George Thommen (1973). Conform teoriei bioritmurilor, eficiența de fiecare zi este determinată de poziția a trei „cicluri” – fizic, emoțional și mental – care sunt fixate în funcție de momentul nașterii și care, prin urmare, nu pot fi modificate. Pentru că fiecare din aceste cicluri are perioada sa, pot apărea zile foarte proaste, când toate ciclurile au o curbă descendentă, sau zile foarte bune, când acestea au o curbă ascendentă. Utilizând computerele programate să calculeze respectivele cicluri, oamenii pot să identifice aproape instantaneu eficiența lor potențială pentru orice zi.

Nu există nici o dovadă clară a faptului că această schemă ar putea furniza informații utile și numeroase studii empirice au demonstrat că, într-adevăr, așa stau lucrurile. Desigur, modificări ale nivelului energetic și motivațional se produc. Ceea ce este de neconceput, după cercetările recente din domeniul biologiei, este ca structura acestei schimbări să fie strict legată de momentul nașterii. Totuși, la fel ca și în cazul astrologiei, „teoria” bioritmurilor și-a găsit numeroși adepți, generând o industrie profitabilă.

Chiromanția – se referă la determinarea caracteristicilor unui individ prin interpretarea variatelor neregularități, linii, adâncituri, semne etc. ale mâinii. Chiromanția a funcționat ca un adevărat sistem standardizat de cunoaștere a personalității în China – cu trei milenii înaintea nașterii lui Hristos. În chiromanție, cea mai mare importanță o au liniile palmei și ridicăturile dintre aceste linii. Fiecare „semn” este interpretat într-o manieră specifică. Astfel, dacă „Movila lui Saturn” este mare, atunci putem vorbi despre înțelepciune, bogăție, prudență. Prin „citirea” acestor semne, chiromanțistul furnizează o descriere a personalității ușor de înțeles. În diverse cărți se găsesc totuși hărți destul de diferite ale celor două mâini. Absența completă a oricărei explicații rezonabile pentru diversele interpretări – combinată cu faptul, demonstrat, că ridicăturile palmei și celelalte caracteristici ale mâinii pot fi schimbate de exercițiile fizice ori muncile dominant manuale – justifică includerea chiromanției în categoria superstițiilor.

Totuși, există mulți oameni care afirmă că practică această stăveche artă și în multe librării mai pot fi găsite broșuri cu informații din domeniul chiromanției. Se pare că multe din succesele prezentate de chiromanți depind, totuși, de abilitatea lor de a interpreta o serie de indicatori care se referă la voce, ținută generală și îmbrăcăminte, și care sunt mai relevanți pentru evaluarea personalității decât „semnele” din palmă. Dar există și posibilitatea ca „specialistul” în chiromanție să ofere afirmații generale comune („Deși aveți o mare afecțiune pentru părinți, au existat momente de mare dezacord.”) care sunt valabile pentru orice client.

Frenologia – arta evaluării personalității prin măsurarea aspectului exterior al craniului a cunoscut o dezvoltare deosebită în urma lucrărilor lui Franz Joseph Gall², medic și anatomist german – în a doua jumătate a secolului al XVIII-lea.

2. F.J. Gall (1758-1828). Numele „frenologie” a fost inventat de dr. Thomas Forster și a fost adoptat de Johan Gaspar Spurzheim în 1815. Gall însuși nu a folosit niciodată termenul, ci s-a referit la doctrina sa cu denumirea de „organologie”, „cranioscopie” sau, mai des, „fiziologia creierului” (cf. G. Allport, 1981, p. 59).

Teza principală a lui Gall era că în creierul omului se află locul în care se realizează controlul comportamentului. Această idee este astăzi acceptată de majoritatea psihologilor. Totuși, în secolul XIX modul de funcționare a creierului nu era pe deplin înțeles, iar teoriile existente atunci acordau prioritate ideilor localizaționiste conform cărora în creier există arii strict specializate și bine delimitate în realizarea unor funcții și procese. Diversele denivelări observate la suprafața craniului – spune Gall – corespund mărimii și gradului de dezvoltare a unor arii cerebrale și deci pot fi utilizate pentru evaluarea unor caracteristici ale individului, inclusiv a trăsăturilor de personalitate.

De pildă, o protuberanță a craniului în zona „prieteniei” va indica un individ sociabil, prietenos. La fel ca astrologia și chiromanția, frenologia dă practicienilor ei posibilitatea de a realiza o evaluare *completă* a personalității. Teza de bază privind specificitatea funcțională a ariilor cerebrale și modelarea craniului în funcție de aceasta a fost categoric invalidată de cercetările științifice ulterioare, discreditând astfel teoria care fundamentează frenologia.

Gall a utilizat un demers empiric pentru dezvoltarea teoriei sale. El a încercat, cu ajutorul observației, să relaționeze comportamentul de funcționare cerebrală și forma craniului. Pentru a-și culege informațiile, el a examinat craniile unor persoane vii, dar a procedat și la autopsie pentru a studia craniul și creierul persoanelor decedate. Gall a studiat și craniile persoanelor internate în spitale pentru boli psihice, în închisori, ale elevilor din școli și din alte locuri unde putea găsi indivizi cu deficiențe deosebite sau cu o înzestrare aptitudinală excepțională, sperând să identifice relații constante între forma craniului și caracteristicile psihocomportamentale.

Deși cercetările lui Gall se înscriu printre primele încercări laudabile de dezvoltare a unei științe empirice a evaluării personalității, ele evidențiază și pericolul utilizării unor observații personale neverificate ca singură sursă de informații într-un demers științific. Nevoia unei validări concurente a observațiilor personale – adică a unei demonstrări obiective a aceleiași relații în situații independente de către alți observatori – este deosebit de stringentă în continuare.

În mod paradoxal, nu lipsa validității științifice a ideilor lui Gall a determinat cele mai serioase obiecții, ci conflictul cu unele idei filosofice umaniste. Criticii teoriei lui Gall au subliniat că poziția lui Gall nu era doar ipotetică, ci netestabilă, de nedovedit, și că, acceptând totuși că ar putea fi dovedită, ea ar fi *imorală*. Confirmarea frenologiei – evidențiază acești critici – ar implica o acceptare a ateismului și fatalismului și o negare a responsabilității morale. Asemenea idei sunt în acord și cu perspectivele moderne asupra determinismului comportamentului uman.

Validitatea științifică a teoriei frenologice a fost contestată de multe cercetări. Amintim doar cercetarea efectuată cu un secol în urmă (1901) de Charles Goring care, utilizând metode statistice extrem de sofisticate, a comparat 3000 criminali din închisorile britanice cu 1000 studenți de la Universitatea Cambridge. Aceste comparații nu au evidențiat diferențe fizice semnificative între grupurile amintite.

Utilizarea semnelor fizice stabile pentru evaluarea caracteristicilor personalității este comună atât chiromanției, cât și frenologiei. Căutarea unor relații clare între unele atribute fizice ale individului și caracteristicile personalității sale își are originea în teorii mai vechi privind relația dintre spirit și corp. Amintim, ca exemplu, *teoria „umorilor”* a lui Hipocrate (400 î.Hr.) și Galenus (150 d.Hr.). Aceștia, în concordanță cu filosofia epocii, care considera că întreaga natură este compusă din patru elemente fundamentale

(aer, pământ, foc și apă) au afirmat că în corpul omenesc amestecul „umorilor” (*hormones*) ce reprezintă aceste elemente determină temperamentul. În funcție de dominanța uneia dintre cele patru „umori” (sânge, bilă neagră, bilă galbenă, flegmă) temperamentul poate fi sanguin, melancolic, coleric sau flegmatic.

Deși cercetările moderne privind fiziologia corpului uman au făcut din teoria „umorilor” o teorie desuetă, ideea că personalitatea umană reprezintă o reflectare a corpului fizic poate fi regăsită în lucrările moderne ale lui Sheldon și ale colegilor săi (Sheldon, Stevens & Tucker, 1940). Teoria somatotipurilor a lui Sheldon împarte oamenii în trei tipuri mari: **ectomorful** – care este subțire și fragil; **mezomorful** (atletic) – are oasele și mușchii mari și o constituție „pătrată”; **endomorful** – are organele digestive și alte cavități ale corpului mari, o constituție „rotunjită”, dar este relativ slab ca dezvoltare a oaselor și mușchilor.

Conform acestei teorii, fiecare tip ideal are o personalitate specifică. Astfel:

- endomorful se caracterizează printr-un tip de personalitate *visceroton*: relaxare, dragoste pentru confort, reacție lentă, gurmând, sociabilitate, amabilitate, automulțumire, somn adânc, are nevoie de ceilalți când este tulburat;
- mezomorful este caracterizat prin trăsături de personalitate de tip *somatoton*: autoafirmare puternică, dragoste pentru aventură, energie, nevoie de exercițiu, îi place să domine, dragoste pentru risc și noroc, maniere directe, curaj, caracter zgomotos, nevoie de acțiune când are probleme;
- ectomorfului i se asociază trăsături de personalitate de tip *cerebroton*. Cerebrotonul este reținut în postură și mișcare, are reacții rapide, este încordat, anxios, inhibat, introvertit, singuratic.

Deoarece majoritatea indivizilor sunt combinații ale acestor trei tipuri constituționale (ecto-, endo-, mezomorf), caracteristicile personalității lor sunt determinate de proporțiile relative ale factorilor constituționali în somatotipul lor individual.

Teoria lui Sheldon a fost subiectul unor controverse considerabile și argumentele pentru validitatea ei sunt în cel mai bun caz echivoce (Herman, 1992). În prima sa cercetare, Sheldon pretindea că există un grad foarte înalt de asociere între trăsăturile de personalitate și tipurile constituționale (coeficientul de corelație raportat era de peste 0,80). Studii ulterioare au arătat că această pretenție este excesivă. Câteva cercetări nu au găsit nici o corelație semnificativă, în timp ce altele au constatat o corespondență moderată în direcția așteptată (Allport, 1981).

Trebuie să admitem, totuși, că teoria lui Sheldon se înscrie pe linia vechilor preocupări de a descoperi o relație clară între spirit și corp.

2. Abordarea științifică

Evaluarea științifică a personalității își are originea în studiul diferențelor individuale cu ajutorul măsurării psihologice.

Studiul diferențelor individuale a primit un puternic impuls dinspre cercetările lui Ch. Darwin asupra evoluției. Pentru a studia efectele eredității era necesară identificarea clară a diferențelor individuale cu privire la acele comportamente care aveau, în concepția

lui Darwin, o valoare adaptativă și asigurau supraviețuirea speciei umane. Apoi, Sir Francis Galton s-a interesat de transmiterea ereditară a acestor diferențe și și-a dedicat ultima parte a vieții studiului respectivei probleme. Deși au existat și înaintea lui încercări de categorizare și măsurare a ceea ce Galton a numit „facultăți intelectuale”, Galton rămâne inițiatorul măsurării factorilor nonintelectuali, cunoscuți în mod obișnuit sub numele de **caracter și temperament**.

Galton nota într-o lucrare din 1884 că ceea ce numim caracter poate fi considerat „ceva” bine definit și durabil și de aceea este rezonabilă încercarea de a-l măsura. El a propus ca pentru măsurarea caracterului să se utilizeze o abordare asemănătoare cu cea folosită în evaluarea capacității intelectuale. Galton a și discutat unele metode pentru măsurarea „emoției” și „temperamentului” utilizând ceea ce astăzi s-ar putea numi „probe comportamentale”. De exemplu, el a sugerat măsurarea emoției cu ajutorul unor instrumente care să înregistreze schimbările fiziologice în timpul unor situații stresante din viața reală (Allport, p. 981).

În Statele Unite, cel care a inițiat studiul diferențelor individuale a fost James McKeen Cattell, care își luase doctoratul cu W. Wund. După o scurtă colaborare cu Galton, Cattell s-a întors în SUA în 1888 unde și-a început cercetările la laboratorul de Psihologie al Universității din Pennsylvania. Deși interesul său principal era orientat asupra psiho-fizicii, percepției și timpului de reacție, Cattell a influențat puternic dezvoltarea unor tehnici de măsurare psihologică, inclusiv a unor teste de personalitate.

Aproape în același timp, în Franța, Alfred Binet, entuziasmat de lucrările lui Galton asupra diferențelor individuale, a început o serie de cercetări asupra unor persoane de excepție din domeniul artei și științei. Binet (ale cărui cercetări inițiale erau influențate de ideile frenologiei) a considerat că diferențele individuale privind inteligența nu-și au originea în diferențele dintre unele procese psihice simple, așa cum credea Galton, ci în particularitățile unor **funcții cognitive** mai complexe, cum ar fi: **atenția, înțelegerea frazelor, memoria etc.** Cercetările lui, efectuate la cererea Ministerului Educației din Franța, s-au finalizat cu construirea binecunoscutei „Scări metrice a inteligenței”. Unele dintre probele incluse în această scară solicită persoanelor examinate alcătuirea unor scurte povestiri pornind de la câteva imagini și identificarea unor pete de cerneală – probe care au precedat ceea ce astăzi numim teste „proiective” de personalitate.

Am putea spune, astfel, că înainte de 1915 cercetările privind evaluarea personalității au fost precedate de măsurarea unor deprinderi și abilități care au stimulat interesul pentru studiul diferențelor individuale. Temperamentul și caracterul erau considerate entități „reale”, precum timpul de reacție și aptitudinile perceptive, incluse aproape în aceeași categorie cu unele caracteristici fizice precum înălțimea și greutatea. Galton a introdus – ca metodă de studiu al personalității – utilizarea unor eșantioane de comportament din situații reale de viață și cercetările lui au stimulat interesul pentru acest domeniu atât în Statele Unite, cât și în Franța.

Doi dintre urmașii lui Galton, K. Pearson și Ch. Spearman, au jucat un rol important în dezvoltarea unor proceduri statistice care, ulterior, s-au dovedit a fi instrumente utile în cercetările asupra personalității.

Aproape în același timp, un alt cercetător englez, Webb (1915) a fost primul care a utilizat pentru prima dată, pentru evaluarea unui număr mare de subiecți, datele obținute de la persoane care cunoșteau bine subiecții respectivi – introducând astfel o tehnică impusă mai târziu sub numele de *tehnica experților evaluatori*. Tot lui Webb i

se atribuie și utilizarea în premieră a ceea ce s-a numit ulterior *metoda biografică* – o analiză a unor texte scrise în care subiecții își povesteau viața.

Paralel cu studiile și cercetările menționate, o serie de alți cercetători au început să fie din ce în ce mai implicați în evaluarea comportamentului uman etichetat ca „anormal”.

Cercetările din domeniul psihopatologiei au fost stimulate, pe de o parte, de problemele practice ridicate de diagnosticarea, clasificarea și categorizarea diverselor manifestări psihopatologice și, pe de altă parte, de nevoia înțelegerii, clarificării și influențării mecanismelor psihologice care stau la baza acestor manifestări.

Se consideră că printre primele proceduri utilizate pentru evaluarea personalității persoanelor cu manifestări psihopatologice se numără proba asociativ-verbală.

Utilizată inițial de E. Kraepelin (1892), proba asociației verbale libere a fost propusă de Sommer (un coleg al lui Kraepelin) ca probă de diagnostic diferențial între diverse tipuri de tulburări mintale. În tehnica asociației libere, subiectului i se prezintă un cuvânt-stimul, de cele mai multe ori dintr-o listă standardizată de cuvinte, și i se cere să răspundă cât mai repede posibil cu primul cuvânt care îi vine în minte. Lista de cuvinte i se poate prezenta subiectului de mai multe ori deoarece variația răspunsurilor la același stimul poate fi un indicator diagnostic util. Se înregistrează, de asemenea, timpul de reacție la fiecare prezentare.

Proba asociativ-verbală a fost utilizată și de C. Jung. Acesta a alcătuit o listă standardizată de cuvinte considerată și azi ca fiind utilă în detectarea anumitor domenii conflictuale sau generatoare de tulburări. În interpretarea rezultatelor erau utilizați o serie de indicatori: timpul de reacție, lipsa răspunsului, reacții emoționale diverse (bâlbâială, înroșire etc.).

Utilizând un grup de control alcătuit din 1000 persoane considerate normale și un aparat statistic complex, Kent și Rosanoff (1910) au raportat răspunsurile subiecților bolnavi psihic la răspunsurile subiecților din grupul de control și au constatat că psihoticii dau în mod semnificativ mai puține răspunsuri comune, obișnuite, decât persoanele normale și că aceste diferențe au nu numai o semnificație statistică, ci și una clinică. Astfel, testul asociativ-verbal poate fi considerat *primul instrument psihometric* utilizat pentru identificarea persoanelor cu tulburări emoționale, deși ulterior a fost relativ puțin folosit în acest scop.

În aceeași perioadă, alți cercetători (medici, psihologi) au redactat liste cu simptome ce puteau fi utilizate pentru identificarea unor tulburări psihice (Heymans și Wiersma – 1906, Hoch și Amsden – 1913, Wells – 1914). Aceste liste au stimulat apariția primelor inventare de personalitate, bazate pe autoevaluare. Primul inventar de acest tip a fost cel alcătuit de Robert S. Woodworth (1919) și s-a numit *Woodworth Personal Data Sheet*.

Acest inventar, creat în timpul primului război mondial, a reprezentat o încercare de a standardiza interviul psihiatric pentru a-l adopta unei testări pe loturi largi de subiecți. Obiectivul lui era acela de diagnosticare a capacității soldaților de a se adapta satisfăcător la factorii de stres și la constrângerile vieții militare. Întrebările inventarului au fost formulate astfel încât să identifice simptome nevrotice obișnuite, precum și simptome observate la persoanele care nu erau capabile să se adapteze la rigorile disciplinei militare și războiului. Inventarul a cuprins inițial peste 200 de itemi care, după mai multe testări, au fost reduși la 116. Dintre variatele adaptări și revizii care au urmat, cea mai

cunoscută este *Woodworth - Mathews Personal Data Sheet*. Această variantă are 76 de itemi repartizați pe mai multe scale: *emotivitate, tendințe obsesive și psihastenice, tendințe schizoide, tendințe paranoide, tendințe depresive și hipohondrice, tendințe impulsive și agresivitate, tendințe spre instabilitate, tendințe antisociale*. Itemii sunt transparenți, fără a exista o preocupare pentru controlul atitudinii subiectului față de probă. Se răspunde prin „Da” sau „Nu”, majoritatea răspunsurilor „Da” fiind cele prin care subiectul își recunoaște respectiva manifestare sau fapt psihic.

Urmând exemplul lui Woodworth, alți clinicieni au adaptat chestionarul lui la alte grupuri de subiecți (elevi, delincvenți tineri, studenți) în general prin modificarea formulărilor întrebărilor.

Am putea spune că, după 1920, a început să se impună o abordare fermă, structurată, bazată pe cercetări empirice, în domeniul evaluării și măsurării personalității. Liniile principale ale acestei dezvoltări, deși nu totdeauna foarte clare, au urmat, în general, evoluția ideilor și teoriilor psihologice.

Psihanaliza. După cum se știe, teoria psihanalitică consideră că cel mai important și cel mai util mijloc de a înțelege personalitatea cuiva este analiza elementelor profunde ale funcționării sale și nu a elementelor superficiale ușor accesibile observației. Pentru psihanaliști, informațiile bazate pe autoevaluări sunt foarte puțin utile. Perspectiva psihanalitică este oarecum completată de ideile promovate de psihologia gestaltistă conform căreia personalitatea individului este mai mult decât suma simplă a comportamentelor și trăsăturilor.

Aceste idei au influențat dezvoltarea metodelor de evaluare clinică a personalității. H. Rorschach, psihiatru elvețian, a utilizat percepția unor pete de cerneală pentru a studia unele probleme psihologice teoretice, dar a descoperit că rezultatele obținute pot fi utilizate în diagnosticul psihiatric al unor tulburări psihice (1921). Percepția petelor de cerneală fusese utilizată și înaintea lui Rorschach ca material pentru stimularea asociației libere, dar analiza rezultatelor se limita doar la conținutul tematic. Contribuția lui Rorschach a fost încercarea de a analiza într-o manieră sistematică producția subiectului examinat cu ajutorul unor aspecte formale ale petelor (culoare, formă, mișcare etc.) și al observării faptului dacă subiectul își bazează răspunsul pe întreaga imagine a petei sau doar pe unele elemente ale ei. El considera că diferențele perceptive se aflau în relație cu diferite procese psihologice sau „structuri” ale personalității. Lucrările lui H. Rorschach au impulsionat atât utilizarea petelor în diverse cercetări, cât și dezvoltarea altor tehnici în care se utilizează stimuli slab structurați pentru provocarea unor comportamente-răspuns utilizate pentru evaluarea personalității.

Tehnica petelor de cerneală a lui Rorschach a găsit mulți adepți în special printre clinicienii de orientare psihanalitică ce o utilizează ca mijloc de investigare a inconștientului. Deși Rorschach afirmase că „testul nu poate fi considerat ca mijloc de acces în profunzimile inconștientului” (1921/1942, p. 123, cf. R. Lanyon & L. Goodstein, 1997, p. 14), tehnica propusă de el a devenit cea mai utilizată procedură de explorare a conținutului și structurii aspectelor profunde ale personalității de către clinicienii de orientare psihanalitică.

Mai târziu, L.K. Frank (1939) a utilizat pentru a denumi tehnica lui Rorschach și alte tehnici similare folosite pentru examinarea aspectelor profunde ale personalității –

termenul de *tehnici proiective*. În concepția lui Frank, metodele proiective sunt cele care pun subiectul în fața unei situații pentru care există puține structuri culturale bine definite ale răspunsurilor posibile, astfel încât el trebuie să proiecteze asupra acestei situații ambigue „felul în care vede viața,... înțelesuri, semnificații, structuri și, în special,... sentimente”. Frank considera aceste metode ca fiind indirecte, deoarece ele ating ușor patternurile organizării interne și structura personalității fără să le dezintegreze sau să le modifice modul în care există, manifestându-se într-o manieră asemănătoare razelor X, care vizualizează structurile somatice inaccesibile ochiului liber, fără să le distrugă.

Între celelalte tehnici proiective, amintim *Testul de apersepție tematică* (Murray, 1935, 1938, 1943), *Testul de apersepție pentru copii* (Bellak, 1953), *Tehnica petelor de cerneală a lui Holtzman*....

Psihometria. Concomitent cu dezvoltarea tehnicilor proiective, alți cercetători s-au orientat spre dezvoltarea și rafinarea inventarelor de personalitate. Aceste cercetări s-au concentrat îndeosebi pe evaluarea unor trăsături sau aspecte restrânse ale personalității și au profitat de dezvoltarea tehnicilor statistice și de o mai bună înțelegere a problemelor complexe legate de fidelitatea și validitatea măsurătorilor.

Adepții acestei orientări au subliniat avantajele inventarelor: administrarea rapidă pe un grup mare de persoane; posibilitatea de a utiliza ușor proceduri statistice pentru stabilirea normelor și a consistenței interne a relației dintre scorurile testului și alte măsurători ale comportamentului etc. Au fost evidențiate și o serie de limite ale acestora, între care posibilitatea falsificării răspunsurilor și faptul că inventarele vizează doar aspecte superficiale ale personalității sunt cele mai importante.

În primele inventare de personalitate un item era considerat valid dacă provoca răspunsuri diferite la subiecți care făceau parte din categorii diferite. Astfel, Inventarul de adaptare Bell (*Bell Adjustment Inventory*), apărut în 1939, conține itemi care diferențiază relativ bine subiecții bine adaptați de cei inadaptați. Adaptarea era considerată din perspectiva mai multor domenii (mediu familial, săpătate, supunere, emoționalitate, ostilitate).

În aceeași perioadă, s-a dezvoltat un *demers empiric* de selectare a itemilor: răspunsurile erau examinate în funcție de puterea lor de discriminare a subiecților care făceau parte din grupuri diferite. În forma finală a testului erau incluși doar itemii care demonstau o bună diferențiere între grupuri. Această tehnică a fost utilizată de Edward K. Strong pentru construirea primului Chestionar de interese (*Strong Vocational Interest Blank* - 1927) - un model de construcție a unui inventar cu ajutorul unui demers empiric, model utilizat în bună măsură și de Bernreter (1939) pentru construirea inventarului de personalitate care-i poartă numele. Hathaway și McKinley (1940, 1951) au utilizat și ei un demers empiric pentru construirea binecunoscutului MMPI (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory*).

Dezvoltarea unui număr foarte mare de inventare de personalitate s-a datorat, pe de o parte, *cererii sociale* de rezolvare a unor probleme concrete (așa au apărut inventarele de adaptare, cele de interese etc.) și, pe de altă parte, *operaționalizării unor teorii* privind structura personalității și diferențele individuale (inclusiv aici inventarele care măsoară introversiunea - extroversiunea, masculinitatea/feminitatea și cele care au la bază diverse teorii privind diferențele individuale).

Psihologia industrială și vocațională. În timp ce psihologia clinică s-a concentrat deosebi asupra evaluării gradului de inadaptare ori a diverselor tulburări psihice care puteau fi descrise cu o etichetă psihiatrică, alți psihologi s-au orientat spre evaluarea caracteristicilor personalității ce asigurau succesul profesional. Inventarul de interese al lui Strong, deja amintit, este un exemplu în acest sens. Cercetările ulterioare ale lui Strong și ale succesorilor lui au contribuit la dezvoltarea inventarului inițial, numit acum *Strong Interest Inventory*. Strong a identificat un număr de interese care corelau diferit cu succesul în anumite ocupații specifice. Corelația semnificativă dintre anumite interese și succesul profesional în anumite domenii a fost confirmată de multe cercetări ulterioare și a făcut din Inventarul lui Strong un puternic instrument de selecție și orientare profesională.

Deoarece a devenit evident că succesul profesional este determinat de capacitatea individului de a-și asuma diverse roluri în grupul de muncă, studiul relațiilor interpersonale a devenit din ce în ce mai important. Acest fapt a determinat apariția unor noi tipuri de inventare de personalitate orientate spre evaluarea unor aspecte ale funcționării psihice cotidiene precum sociabilitatea, dominanța, flexibilitatea și diverse dimensiuni ale stilului interpersonal. Între inventarele de personalitate a căror dezvoltare este determinată cel puțin în parte de nevoile psihologiei industriale și vocaționale amintim: Inventarul de personalitate California (CPI) realizat de Gough (1957, 1987), Scările orientării fundamentale a relațiilor interpersonale (*Fundamental Interpersonal Relations Orientations Scales*) – instrument realizat de Schutz (1967), Inventarul de personalitate al lui Hogan (*Hogan Personality Inventory*) realizat de Hogan în 1992 etc.

Alți psihologi au evidențiat rolul unor evenimente biografice în realizarea unor predicții privind succesul profesional în anumite domenii. Acest fapt a condus la realizarea unor formulare biografice ponderate (G.W. England, 1961).

Altă modalitate de evaluare a personalității este *tehnica probelor comportamentale* utilizată deja de Galton (după cum am amintit). În domeniul psihologiei industriale și vocaționale, comportamentele care ne interesează sunt provocate în laborator sau în spații controlate. Ideea de bază a acestei tehnici este simplă: frecvența sau ușurința cu care comportamentele sunt actualizate în situațiile test corelează cu frecvența cu care ele se manifestă în situații reale de viață. Cea mai complexă formă de utilizare a probelor comportamentale este procedura *centrelor de evaluare*. Centrele de evaluare nu sunt, cum s-ar putea înțelege, locuri geografice, ci constituie un ansamblu de metode de evaluare bazate pe observarea directă a comportamentelor provocate conform unei anumite metodologii funcție de scopul evaluării.

Behaviorismul modern. În perioada 1920-1945 foarte mulți psihologi erau de formație behavioristă, de aceea inventarele alcătuite de ei erau gândite ca substitute ale observației, iar întrebările puneau accentul mai ales pe ceea ce au făcut decât pe ceea ce au simțit sau gândit oamenii în anumite situații (Cronbach, 1970). După anii '60 a existat o tendință accentuată de a extinde perspectiva behavioristă și în domeniul psihologiei clinice, dominată de practicieni care utilizau mai ales inventarele bazate pe autoraportări și tehnici proiective, care puneau accentul pe identificarea structurii și predispozițiilor interioare ale personalității. Această tendință a fost stimulată și de dezvoltarea unor tehnici de modificare a comportamentului și a terapiei comportamentale.

Behavioriștii au pus accentul pe determinanții situaționali ai comportamentului și au afirmat că, în multe cazuri, autocaracterizările și autopredicțiile sunt la fel de precise ca și evaluările sau predicțiile realizate de evaluatori antrenați. De aceea psihologii behavioriști preferă, în locul testelor și inventarelor tradiționale sau mai noi, să dezvolte tehnici de evaluare „croite pe măsură”, în care o anumită situație stimul – cea de care se interesează psihologul – este reprodusă într-o manieră cât mai precisă și mai detaliată posibil. De exemplu, pentru evaluarea evoluției intensității fricii în cursul terapiei este identificată populația stimulilor potențiali care provoacă frica apoi un eșantion reprezentativ de stimuli anxiogeni va fi prezentat persoanei într-o varietate de moduri. Astfel, în evaluarea fricii de un animal, itemii includ descrieri, diapozitive, fotografii sau filme, imagineri dirijate și, în sfârșit, contactul cu animalul respectiv.

Psihologia socială. Una dintre temele centrale ale psihologiei sociale este *percepția persoanei*, adică felul în care persoanele obișnuite, „naive” – nonpsihologii – înțeleg și evaluează intențiile și motivele oamenilor, atracțiile și respingerile interpersonale, precum și alte caracteristici importante. Având în vedere faptul că psihologii clinicieni au fost mai întâi oameni obișnuiți, evaluatori „naivi” ai celorlalți și că aceste patternuri evaluative bazale pot continua să funcționeze și să interacționeze cu strategiile de abordare științifică a personalității, este util să amintim aici câteva considerații privind percepția socială a persoanei.

Cercetările din domeniul psihologiei sociale au determinat faptul că primele impresii pe care ni le formăm despre ceilalți sunt influențate de *caracteristici exterioare* ușor observabile: vârstă, sex, rasă, îmbrăcăminte etc. Atractivitatea fizică are și ea un rol foarte important în formarea impresiilor despre ceilalți (Dion, Berscheid, Walster, 1972).

Un fapt important descoperit în domeniul percepției persoanei este acela că informațiile pe care le avem despre ceilalți tind să se organizeze în jurul unei trăsături centrale. Într-un experiment de referință în domeniu, Asch (1946) a demonstrat că dimensiunea *cald – rece* are un rol central în formarea impresiei despre ceilalți. Într-un alt studiu Rosenberg și Sedlak (1972) au descoperit că imaginea despre ceilalți este structurată de trei dimensiuni: *evaluarea* (bun – rău), *putența* (puternic – slab) și *activitatea* (activ – pasiv, energic – leneș).

Deseori ne întrebăm de ce oamenii (inclusiv noi înșine) se comportă într-un anumit fel. De ce fac ei ceea ce fac? Răspunzând la aceste întrebări facem atribuiri: adică identificăm cauzele comportamentelor noastre și ale celorlalți; astfel, comportamentele pot fi înțelese și explicate.

Deoarece noi nu putem observa decât comportamente, cauzele lor sunt, de cele mai multe ori, expresia unor raționamente. Atunci când explicăm comportamentul nostru sau pe al altuia, putem face *atribuiri situaționale* – atribuind comportamentul unor cauze externe, aparținând situației, sau putem face *atribuiri dispoziționale*, atribuind comportamentul unor cauze interne, precum trăsături de personalitate, motive sau atitudini.

Cercetările de psihologie socială au demonstrat că există diferențe surprinzătoare între modalitățile în care facem atribuiri referitoare la comportamentul propriu și la al celorlalți. Atunci când încercăm să explicăm comportamentul celorlalți ne concentrăm atenția îndeosebi asupra personalității lor și mai puțin asupra factorilor care operează în situația în care ei se află, iar când explicăm propriul comportament avem tendința de a utiliza atribuiri situaționale. De asemenea, explicațiile pe care le dăm comportamentelor

noastre sunt diferite în funcție de gradul de succes la care au condus. Astfel, avem tendința să atribuim cauze interne succeselor noastre și să punem insuccesele pe seama cauzelor externe, situaționale. Depresia tinde să schimbe acest mecanism atributiv: depresivii își atribuie succesele unor cauze externe instabile, iar insuccesele, unor cauze interne stabile.

Teoria atribuirii are implicații deosebite în practica evaluării clinice a personalității. Psihologii realizează mai multe atribuiri în legătură cu comportamentul clienților, iar terapia depresiei, de pildă, vizează, între altele, și corectarea erorilor atribuționale manifestate de pacienți.

De asemenea, dezbateră științifică privind cauzele comportamentului uman (trăsături de personalitate/situație) nu poate fi complet separată de informațiile pe care le furnizează cercetările din domeniul atribuirii.

Capitolul II

STUDIUL ȘI EVALUAREA PERSONALITĂȚII. PROBLEME GENERALE

1. Ce este personalitatea?	23
2. Abordare obiectivă sau ideologică?	24
3. Comportamentul este determinat de trăsăturile de personalitate sau de situație?	30
4. Rolul eredității în determinarea personalității	38
5. Probleme generale de studiu și evaluarea personalității	40

1. Ce este personalitatea ?

Capitolul II

STUDIUL ȘI EVALUAREA PERSONALITĂȚII. PROBLEME GENERALE

1. Ce este personalitatea ?	31
2. Abordare nomotetică sau idiografică ?	32
3. Comportamentul este determinat de trăsăturile de personalitate sau de situație ?	33
4. Rolul eredității în determinarea personalității	38
5. Probleme etice generate de studiul și evaluarea personalității	41

PROBLEME GENERALE PERSONALITĂȚII SI EVALUAREA STUDIUL

1. Ce este personalitatea ?	31
2. Abordare teoretică sau teoretică ?	32
3. Comportamentul este determinat de natură	33
de personalitate sau de situație ?	38
4. Rolul studiului în determinarea personalității	38
5. Probleme etice generate de studiul și evaluarea personalității	41

1. Ce este personalitatea ?

Termenii *persoană* și *personalitate* sunt atât de utilizați în limbajul cotidian, încât fiecare are sentimentul întrebuirii lor corecte în cele mai diverse situații. În schimb, utilizarea lor ca termeni ai științei psihologice pune atâtea probleme încât, parafrazându-l pe P. Fraisse, am putea spune că istoria psihologiei se confundă (între anumite limite) cu istoria răspunsurilor la întrebarea „Ce este personalitatea ?”. Răspunsurile au fost, uneori, atât de diferite, încât ne putem întreba, pe drept cuvânt, dacă toți autorii respectivi vorbeau despre același lucru. Se impune mai întâi să deosebim persoana de personalitate. Termenul *persoană* desemnează *individul uman concret*. *Personalitatea*, dimpotrivă, *este o construcție teoretică elaborată de psihologie în scopul înțelegerii și explicării – la nivelul teoriei științifice – a modalității de ființare și funcționare ce caracterizează organismul psihofiziologic pe care îl numim persoană umană*.

Această primă precizare ne permite să diferențiem conotația științifică a termenului „personalitate” – categorie, construcție teoretică – de sensul comun al acestuia, adică însușire sau calitate pe care cineva o poate avea sau nu.

O privire generală asupra mai multor definiții date personalității evidențiază câteva *caracteristici* ale acesteia (*apud* Perron, 1985) :

- *Globalitatea* : personalitatea cuiva este constituită din ansamblul de caracteristici care permit descrierea acestei persoane, identificarea ei printre celelalte. Orice construcție teoretică validă referitoare la personalitate trebuie să permită, prin operaționalizarea conceptelor sale, descrierea conduitelor și aspectelor psihofizice care fac din orice ființă umană un exemplar unic.
- *Coerența* : majoritatea teoriilor postulează ideea existenței unei anume organizări și interdependențe a elementelor componente ale personalității. Când în comportamentul cuiva apar acte neobișnuite, ele surprind deoarece contravin acestui principiu ; încercând să explicăm, să înțelegem acțiunile curajoase ale unei persoane timide, nu facem altceva decât să reducem incoerența inițială utilizând modele propuse de o anume teorie a personalității. Postulatul coerenței este indispensabil studiului structurilor de personalitate și al dezvoltării lor ; personalitatea nu este un ansamblu de elemente juxtapuse, ci un sistem funcțional format din elemente interdependente. De aici rezultă o a treia caracteristică :
- *Permanența (stabilitatea) temporală* : dacă personalitatea este un sistem funcțional, în virtutea coerenței sale, acesta generează legi de organizare a căror acțiune este permanentă. Deși o persoană se transformă, se dezvoltă, ea își păstrează identitatea sa psihică. Ființa umană are conștiința existenței sale, sentimentul continuității și identității personale, în ciuda transformărilor pe care le suferă de-a lungul întregii sale vieți.

Cele trei caracteristici – *globalitate, coerență, permanență* – evidențiază faptul că personalitatea este o structură. Una dintre definițiile ce evidențiază cel mai bine aceste caracteristici este cea dată de Allport: „*Personalitatea este organizarea dinamică în cadrul individului a acelor sisteme psihofizice care determină gândirea și comportamentul său caracteristic*” (Allport, 1981, p. 40).

Personalitatea și, prin urmare, metodele care vor fi descrise în această carte, se referă la ansamblul sistemelor organizate care determină conduita. Ea se distinge de comportament în măsura în care cel din urmă nu este decât actualizarea vizibilă a elementelor personalității, într-o anumite situație. Referindu-se la acest fapt, M. Reuchlin (1992) definea personalitatea ca fiind „o caracteristică relativ stabilă a modului de a fi al unei persoane în ceea ce privește felul de a reacționa la situațiile în care ea se găsește”. Din această perspectivă, personalitatea se referă la orice tip de determinant al conduitei (cognitiv și noncognitiv).

Teoriile științifice asupra personalității își propun mai multe obiective: *descrierea* conduitei prin apelul la diverse taxonomii, *explicarea* respectivei conduite prin utilizarea informațiilor referitoare la influențele de diverse tipuri (ereditare și de mediu) și *predicția* conduitei în situații tipice. Având în vedere interacțiunea dintre teorie și metode, putem afirma că obiectivele metodelor de evaluare ale personalității sunt aceleași: *descrierea, explicarea și predicția*.

Pentru a satisface obiectivele amintite, studiul personalității trebuie să se concentreze asupra acelor diferențe individuale care au o mare semnificație în relațiile cotidiene stabilite între oameni. Doar prin identificarea și focalizarea atenției noastre asupra unor astfel de factori vom fi capabili să descoperim acele interacțiuni dintre elementele „invizibile” ale personalității (le putem numi „trăsături” sau „factori”) și diverse situații care să ne permită să realizăm predicții diferențiale mai valide.

Orice definiție a personalității conduce la o serie de întrebări, iar definițiile prezentate și acceptate de noi nu fac excepție în această privință. Care sunt antecedentele acestor caracteristici stabile? În ce măsură sunt ele moștenite ereditar, învățate în prima copilărie sau dezvoltate ulterior pe durata vieții individului? În ce condiții și în ce măsură aceste caracteristici ale personalității pot fi schimbate? Astfel de întrebări și altele pe care ele le-ar putea sugera ne conduc spre problemele fundamentale ale tuturor teoriilor psihologice privind personalitatea. Nu ne propunem totuși aici să prezentăm teoriile personalității deoarece, din punctul de vedere al metodelor de evaluare, putem să ne menținem la o anumită distanță de ele. Eventual – pe măsură ce vom prezenta unele metode și tehnici de evaluare – vom face trimiteri la bazele teoretice în care ele își au originea.

2. Abordare nomotetică sau idiografică?

Trebuie oare să definim legile (abordare *nomotetică*¹) ce guvernează funcționarea personalității sau, dimpotrivă, să ne centram asupra individului în unicitatea și globalitatea sa (abordare *idiografică*²)? Aceste două abordări diferențiază într-o manieră fundamentală diversele teorii asupra personalității și metodele ei de evaluare.

1. *Nomotetic, nomotethikos* (gr.) = promulgarea legii.

2. *Idiografic, idios* (gr.) = specific, propriu.

S-a spus deseori că „Scientia non est individuum”, adică știința se ocupă doar de legi generale fiind, prin urmare, un domeniu al cunoașterii, prin excelență, nomotetic.

În psihologie, abordarea nomotetică are ca obiectiv studierea a ceea ce indivizii au în comun. Ea permite identificarea trăsăturilor sau tipurilor de personalitate și contribuie la elaborarea unei structuri ipotetice a personalității umane. Psihometricienii (Cattell și Eysenck, de exemplu) și behavioriștii sunt susținători fervenți ai acestei concepții. „Pentru omul de știință – spune Eysenck (1952) – individul unic este numai punctul de intersecție al unui număr de variabile cantitative” (cf. Allport, 1981, p. 20). Dacă acceptăm această poziție – care face din individ o sumă amorfă de scoruri precise – toate cunoștințele noastre de psihologie s-ar putea dovedi total inutile atunci când trebuie să înțelegem un individ concret, o personalitate anume:

„Presupuneți că vreți să alegeți un coleg de cameră sau o soție ori un soț, sau numai să alegeți un dar potrivit pentru ziua de naștere a mamei dumneavoastră. Cunoștințele dumneavoastră despre omenire în general nu vă vor ajuta prea mult, nici chiar cunoștințele despre normele de grup” (Allport, 1981, p. 31).

Abordarea idiografică, dimpotrivă, analizează individul în globalitatea sa, ținând cont de toate componentele care intră în interacțiune; ea privilegiază studiul cazului într-o perspectivă dinamică (de exemplu analiza parcursului vieții). Mulți autori, Allport, Freud, Piaget, de exemplu, sunt favorabili acestei abordări.

Dacă abordării nomotehnice i se reproșează o perspectivă elementaristă, atomistă, incapabilă să explice complexitatea conduitei umane, abordării idiografice i se impută lipsa rigorii și faptul că oferă o imagine mai degrabă impresionistă asupra personalității.

Considerăm, împreună cu G. Allport, că teoriile personalității și metodele de evaluare ale acestora trebuie să găsească un anume echilibru între cele două direcții: „Psihologia personalității nu este exclusiv nomotetică, nici exclusiv ideografică. Ea caută un echilibru între cele două extreme” (Allport, 1981, p. 32).

3. Comportamentul este determinat de trăsăturile de personalitate sau de situație?

Unul dintre obiectivele principale ale cunoașterii și evaluării personalității este realizarea de predicții privind comportamentul persoanei într-o anumită situație. Dar ce anume determină comportamentul uman: anumite dispoziții interne („trăsături”) sau situația în care se găsește individul?

Răspunsurile la această întrebare au stimulat dezvoltarea unor cercetări teoretice asupra personalității, precum și construirea unor instrumente de evaluare.

De ce indivizii nu reacționează la fel în aceeași situație? De exemplu, cu ocazia unei agresiuni, unii își controlează bine comportamentul și acționează cu sânge rece, alții manifestă ostilitate și se apără, în timp ce alții devin nervoși sau izbucnesc în lacrimi. Pentru a explica aceste structuri comportamentale, o serie de psihologi au dezvoltat abordări taxonomice ale personalității în care principala unitate de analiză este *trăsătura* de personalitate.

Trăsăturile corespund unei perspective elementariste asupra personalității (J.L. Bernaud, 1998): fiecare trăsătură se raportează la o anumită „componentă” a personalității,

fiecare componentă fiind independentă de cealaltă și caracterizând o anumită fațetă a individului (de exemplu: anxietatea, sociabilitatea și perseverența sunt trăsături clasice ale personalității).

Adepii acestei orientări (Allport, Eysenck, Cattell etc.) consideră că, deși faptele de conduită ale unei persoane prezintă o anumită variabilitate situațională, pe termen lung, observația ne furnizează un cadru relativ stabil, unitar, de așteptare și interpretare, relevând anumite invariante. Trăsătura psihică este conceptul care evidențiază aceste însușiri sau particularități relativ stabile ale unei persoane sau ale unui proces psihic. În plan comportamental, o trăsătură este indicată de *dispoziția de a răspunde în același fel la o varietate de stimuli*. De exemplu, timiditatea este un mod relativ stabil de comportare marcat de stângăcie, hiperemotivitate, mobilizare energetică exagerată etc.

Privită astfel, trăsătura are la bază câteva afirmații implicite:

- comportamentul este consecvent: persoana tinde să manifeste aceleași reacții obișnuite în raport cu o categorie întreagă de situații;
- oamenii variază funcție de nivelul sau frecvența oricărui tip de comportament;
- personalitatea are o anumită stabilitate.

Diferențele importante referitoare la comportamentele oamenilor sunt exprimate în vocabularul fiecărei limbi prin anumite cuvinte, de obicei adjective. Ideea conform căreia diferențele individuale cele mai importante în relațiile umane cotidiene au fost codificate în limbajul cotidian, obișnuit, sub forma unor descriptori verbali (cuvinte) a fost inițial promovată de Allport (1937) și a fost, ulterior, puternic susținută de Norman (1963) și Goldberg (1978, 1982).

Allport a considerat că pentru identificarea trăsăturilor importante ale personalității trebuie să cercetăm toate cuvintele pe care oamenii le utilizează în mod spontan pentru a descrie personalitatea cuiva. În 1936, Allport și Odbert au identificat în limba engleză 17.954 de termeni utilizați pentru a descrie personalitatea. Între aceștia, aproximativ 4.500 se referă la trăsături relativ stabile. În funcție de nivelul lor de stabilitate, de puterea lor explicativă și predictivă, Allport a împărțit trăsăturile în *trăsături cardinale*, *trăsături centrale* și *trăsături secundare*.

În 1943, R.B. Cattell a reluat lista de cuvinte alcătuită de Allport și Odbert și, după condensări succesive (prin eliminarea cuvintelor ambigue, a sinonimelor și antonimelor), a redus-o la 171 cuvinte. Aceste 171 de trăsături au fost apoi utilizate pentru descrierea unui număr mare de subiecți de către persoane care îi cunoșteau foarte bine. Aplicând analiza factorială acestor descrieri, Cattell a identificat în final 16 factori. În baza acestei cercetări Cattell a alcătuit un chestionar – 16 PF – utilizat frecvent pentru descrierea personalității.

În 1967, Norman a utilizat și el lista lui Allport de 17.954 cuvinte la care a adăugat încă 170 termeni selectați din ediția a III-a a dicționarului Webster și a generat o listă de 7.300 descriptori. Utilizând criteriul consensului, Norman și colaboratorii lui au împărțit aceste 7.300 cuvinte-trăsături în trei categorii:

- a) trăsături stabile – reprezentând aproximativ 40% din listă;
- b) stări temporare – reprezentând tot aproximativ 40% din listă;
- c) roluri sociale, relații și afecte – reprezentând restul de 20% din listă.

Astfel, lista a fost împărțită în *trăsături* sau predispoziții stabile de răspuns (responsabile de adaptarea inter și intrapersonală) și *stări* care sunt tranzitorii, efemere. De exemplu, anxietatea ca trăsătură se referă la o caracteristică generalizată, continuă a personalității, în timp ce anxietatea ca stare se referă la o dispoziție tranzitorie, cu caracter situațional.

Atunci când descriem personalitatea, există riscul să afirmăm existența unei trăsături pornind de la comportamente care sunt specifice unei stări. Pentru a micșora acest risc, o serie de chestionare de personalitate solicită subiecților să diferențieze răspunsurile în funcție de comportamentul lor tipic – „în general” – și cel prezent – „astăzi / în prezent”. Astfel, Zuckerman și Lubin au realizat o listă de adjective (*Multiple Affect Adjective Checklist*) pe care subiecții o utilizează pentru a descrie felul în care se simt „astăzi” și „în general”. Corelațiile test – retest au evidențiat o mult mai mare stabilitate a anxietății „în general” (trăsătură) decât a anxietății situaționale (stare). Același principiu l-a utilizat Spilberger în construirea scării sale de anxietate (STAI – *State – Trait Anxiety Inventory*).

În ciuda diferențierii dintre trăsătură și stare – care avertizează asupra caracterului situațional al unor comportamente – mulți cercetători au avertizat asupra limitelor modelului trăsăturilor în explicarea și predicția comportamentului uman. Tabelul care urmează prezintă în rezumat argumentele pro și contra utilizării trăsăturilor ca determinanți ai comportamentului – așa cum sunt ele descrise de Lanyon și Goodstein (1997).

Tabelul nr. 1 – Rezumatul argumentelor pro și contra acceptării trăsăturilor ca determinanți ai comportamentelor (R.I. Lanyon & L.D. Goodstein, 1997, pp. 37-41).

Argumente împotriva acceptării trăsăturilor ca determinanți ai comportamentului	Argumente pentru acceptarea trăsăturilor ca determinanți ai comportamentului
1. Trăsătura este o structură psihică sau neurologică stabilă ori, după cum afirmă Mischel, trăsăturile sunt considerate ca având „deopotrivă o origine genetică și biochimică”. Această poziție conduce la reificarea trăsăturilor sugerând chiar posibilitatea identificării unui substrat neurologic sau biochimic specific.	Deși Allport și Cattell par să fi favorizat definirea trăsăturii ca structură biofizică, majoritatea psihologilor care aderă la teoria trăsăturilor consideră că trăsătura se referă la constanta stilistică a comportamentului interpersonal, deși nu există nici un acord cu privire la originile acestei constante.
2. Deoarece majoritatea procedurilor de evaluare măsoară trăsături, validarea acestor proceduri este imposibilă deoarece nu există măsurători independente ale trăsăturilor.	Nu toți autorii afirmă explicit că măsoară trăsături. De exemplu, Gough afirmă explicit că nu măsoară trăsături; scalele CPI – spune el – sunt utilizate „pentru a prezice ce va face un individ într-un context specific și/sau să identifice indivizii care vor fi descriși într-un anume fel”.

Argumente împotriva acceptării trăsăturilor ca determinanți ai comportamentului	Argumente pentru acceptarea trăsăturilor ca determinanți ai comportamentului
<p>3. Psihologii care utilizează teste de personalitate sunt „căsătoriți” cu teoria trăsăturilor. Deoarece testele măsoară trăsături, psihologii care utilizează teste trebuie să creadă că „trăsăturile formează structura moleculară a personalității”.</p>	<p>La argumentul de la punctul 2 se poate adăuga afirmația lui Hogan, De Soto și Solano (1977): „cineva poate să utilizeze teste de personalitate și să adopte orice perspectivă asupra structurii personalității, la fel cum cineva poate utiliza un accelerator de particule și să adopte orice perspectivă asupra structurii materiei”. Ceea ce este important este fidelitatea și validitatea instrumentului utilizat funcție de scopul urmărit.</p>
<p>4. Trăsăturile au o putere explicativă foarte mică deoarece propun explicații circulare: cineva este ostil pentru că este agresiv (trăsătură) și este agresiv pentru că este ostil.</p>	<p>Luarea unei poziții față de acest argument depinde de nivelul explicației dorite... Într-un anume fel, trăsăturile ca explicații pot fi considerate în egală măsură ca adecvate și inadecvate. Faptul că există anumite regularități în comportamentul uman și că cineva poate utiliza aceste regularități în scopul predicției comportamentului unui individ poate fi văzut ca o lege generală de nivel scăzut și, prin urmare, ca o explicație validă pentru acest nivel. Astfel de explicații ridică întrebări suplimentare și este la latitudinea cercetătorului sau practicianului să decidă ce anume nivel de explicație va fi adecvat pentru scopul lui specific.</p>
<p>5. Există puține argumente privind constanța trăsăturilor indivizilor pe parcursul situațiilor pe care aceștia le trăiesc. S-a argumentat că la aceeași indivizi diferențele transitaționale ale comportamentelor sunt mult mai mari decât sugerează orice teorie a trăsăturilor că ar trebui să fie (Hartshorne & May, 1928; Mischel, 1968, 1973, 1977; Peterson, 1968).</p>	<p>Teoria trăsăturilor nu a negat niciodată importanța determinanților situaționali ai comportamentului. Este clar că situațiile diferă mult în ceea ce privește constrângerile pe care le impun comportamentului uman. Constanța situațională poate fi așteptată să se manifeste doar în situații în care comportamentele relevante pot fi liber exprimate. S-a demonstrat și faptul că diferențele individuale se manifestă chiar în fața unor indicatori situaționali puternici. Astfel, în experimentul lui Milgram (1974) asupra obedienței în care variabilele situaționale erau extrem de puternice, peste 30% din subiecți nu au fost obedienți, refuzând administrarea șocului electric. Bem și Allen au demonstrat că persoanele pot singure să-și identifice trăsăturile constante ale personalității lor.</p>

Critica cea mai pronunțată vine din partea psihologilor situaționiști: Mischel (1968) a contestat puternic utilitatea noțiunii de trăsătură pentru explicarea conduitei. El afirmă că, spre deosebire de funcționarea cognitivă (determinată dominant de factori interni), comportamentul personal și social depinde în mod hotărâtor de situația în care se găsește subiectul. Pentru a-și justifica afirmația, el evidențiază că stabilitatea intersituațională a conduitelor este foarte slabă (corelațiile între trăsături și evaluările comportamentului nu depășesc valorile de 0,30 – 0,40). Decât să gândim personalitatea în termenii trăsăturilor și factorilor, este mai util – spune Mischel – să utilizăm o teorie a învățării sociale conform căreia persoanele achiziționează diverse comportamente ca răspuns la anumite situații. Astfel, comportamentul unui individ într-o situație tipică poate fi anticipat nu cu ajutorul unei trăsături generale și puțin stabile, ci utilizând experiența anterioară a subiectului într-o situație similară. Deși lucrările lui Mischel au atras atenția asupra limitelor unei imagini doar de natură factorială asupra personalității, multe din argumentele sale au fost contestate, fapt care l-a determinat pe el însuși să evolueze spre o concepție mai flexibilă de tip interacționist.

Cercetările recente au demonstrat că o perspectivă strict situaționistă asupra comportamentului uman este chiar mai puțin credibilă decât cea oferită de modelul trăsăturilor: ar fi trebuit ca prima să ofere o taxonomie a situațiilor mai coerentă decât cea a trăsăturilor – ceea ce nu s-a întâmplat. În plus, cercetările efectuate de Costa și McCrae (1992) au evidențiat o stabilitate foarte mare (0,63 – 0,84) a trăsăturilor, incluse în modelul lor (*big-five*).

Totuși, dezbaterile științifice provocate de cele două modele explicative nu au fost zadarnice – ele au pregătit terenul dezvoltării abordărilor personalității de tip interacționist.

Dezvoltate de mai mulți autori (Bandura, Mischel, Magnusson, Strelau etc.), concepțiile interacționiste insistă asupra necesității de a ține cont de interacțiunea dinamică dintre caracteristicile subiecților și caracteristicile situațiilor. În aceste modele, noțiunea de „trăsătură” nu este abandonată, ci considerată dintr-o perspectivă dinamică. Interacțiunea nu mai este descrisă într-o manieră mecanică (trăsătura are un efect funcție de situații sau invers). Subiectului i se atribuie o intenție, el manifestă trăsături, dar și stări care corespund actualizării unei trăsături la un moment dat. El influențează situațiile, alege unele și evită altele. La rândul ei, situația influențează comportamentul. Astfel, comportamentul are un dublu determinism – trăsături, situații. De altfel, un rol important este acordat credințelor subiectului, felului în care el interpretează situația³ și își apreciază performanța, ca și strategiilor de adaptare la situație. *Coping-ul* (adaptare – control) a devenit conceptul central al acestor modele. Modelele interacționiste iau în considerare nu numai componentele psihologice și sociale ale conduitei, ci și *dimensiunea biologică* (reglarea hormonală, reacțiile fiziologice prilejuite de stres etc.). Astfel de modele au fost dezvoltate recent în psihologia sănătății și ele cuprind factorii cognitivi și motivaționali care interacționează cu situația (Bruchon-Schweitzer și Dantzer, 1994).

3. Situația, stimulul nu mai sunt considerate într-o manieră behavioristă – ca un ansamblu de caracteristici fizice ale obiectelor, ci ca un „ansamblu de semnificații” care implică întreaga istorie a individului.

4. Rolul eredității în determinarea personalității

Dacă discutăm aici această problemă o facem pentru că, așa după cum se spune adeseori, *o corectă evaluare a personalității asigură baza necesară pentru un prognostic valid privind dezvoltarea acesteia*. Or, dacă factorii ereditari au un rol important în determinarea unor trăsături de personalitate, atunci acestea ar trebui să fie suficient de stabile pentru a asigura cadrul necesar unui bun prognostic. În paragraful anterior tocmai am discutat despre interacțiunea factorilor interni cu cei externi ca model explicativ din ce în ce mai acceptat în domeniul personalității. Nu trebuie să uităm, totuși, că multe dintre teoriile trăsăturilor afirmă, implicit sau explicit, că trăsăturile au o anume determinare biologică. Hipocrate și Galenus au afirmat determinismul biologic al temperamentului, Galton (1884) considera caracterul ca fiind ereditar, iar frenologia lui Gall relaționa într-o manieră simplă și directă facultățile psihice de creier. Mai târziu, Cattell (1950) și Eysenck (1960) au afirmat și ei rolul deosebit al eredității în determinarea unor trăsături de personalitate.

Începând de la mijlocul anilor '70, multe cercetări efectuate asupra gemenilor indică faptul că aproape jumătate, dacă nu chiar mai mult, din variația caracteristicilor majore ale personalității este datorată factorilor genetici.

Tellegen și colaboratorii raportează ponderi ale eredității cuprinse între 0,39 și 0,58 în cadrul trăsăturilor de personalitate evaluate cu ajutorul MPQ (*Multidimensional Personality Questionnaire*), în timp ce în cazul CPI (*California Psychological Inventory*) variațiile genetice explică 50% din variabilitatea scorurilor obținute. În ceea ce privește inteligența, se apreciază o transmitere ereditară între 50% - 70%, această pondere crescând o dată cu creșterea vârstei eșantionului (Bouchard & col., 1990). (Vezi tabelul nr. 2 și tabelul nr. 3.)

Tabelul nr. 2 – Ponderea eredității în determinismul celor 16 factori de personalitate descriși de Cattell (cf. Cloninger, 1999).

Factori	Descrierea factorilor	Ponderea eredității
A	Rece – cald	0,50
B	Gândire concretă – gândire abstractă	0,75
C	Instabilitate emoțională – stabilitate emoțională	0,40
E	Supus – dominant	0,25
F	Serios, reținut – entuziast	0,60
G	Autoindulgent – conștiincios	0,40
H	Timiditate – noninhibat	0,40
I	Realist – sensibil	0,50
L	Încrezător – bănuitor	0,50
M	Practic – imaginativ	0,40
N	Deschis, naiv – lucid, rațional subtil	0,25

Factori	Descrierea factorilor	Ponderea eredității
O	Sigur de sine – temător, îngrijorat	0,25
Q1	Conservator – liberal	0,10
Q2	Orientat spre grup – autosuficiență	0,25
Q3	Nedisciplinat – controlat	0,40
Q4	Destins, relaxat – încordat	0,10

Aceste rezultate înlătură treptat o serie de erori, prejudecăți, care au condus la neacceptarea faptului că ereditatea ar putea avea un rol important în determinarea trăsăturilor de personalitate.

Între respectivele erori, Cloninger (1999, p. 377) plasează :

a) *Acceptarea unui rol important al eredității implică ideea că o persoană nu se va schimba.* De fapt, indivizii se schimbă. Efectele eredității variază funcție de vârstă. În cazul inteligenței, după cum am arătat deja, ereditatea are un efect mai important pe măsură ce persoanele avansează în vârstă. În alte cazuri, impactul eredității va fi redus de influența exercitată de factorii de mediu.

Tabelul nr. 3 – *Ponderea eredității în cei cinci mari factori (big-five) ai personalității (cf. Loehlin, 1992).*

Factorul de personalitate	Ponderea eredității
Extraversiune	0,36
Caracter agreabil	0,28
Caracter conștiincios	0,28
Nevroză	0,31
Deschidere	0,46

b) *Ne pierdem timpul și energia încercând să influențăm o trăsătură care posedă o componentă ereditară puternică.* În realitate, impactul eredității poate varia de la un mediu la altul. Cercetătorii nu pot descrie decât contribuția relativă a eredității în raport cu mediile studiate. Dacă am lua în considerare și alte medii și împrejurări posibile, încă neimaginabile, s-ar putea ca factorii ereditari să nu exercite nici o influență asupra comportamentelor studiate. La fel cum anumiți factori de mediu au o influență minimă asupra unor persoane cu predispoziții ereditare particulare, putem presupune că și în cazul problemei noastre anumite predispoziții ereditare pot exercita influențe minime asupra comportamentului unor persoane aflate în condiții de mediu particulare.

c) *Dacă ponderea eredității în cadrul unei trăsături este crescută, înseamnă că societatea a avut o slabă influență asupra acestei trăsături.* În mod paradoxal, este adevărată afirmația contrară. Cu cât presiunea socială se exercită mai mult asupra oamenilor în ceea ce privește o anumită trăsătură, cu atât mai mult diferențele individuale se datorează factorilor ereditari (presiunea socială crescută uniformizează „variabila”

mediu, iar diferențele comportamentale sunt determinate de factori ereditari). Astfel, deoarece cultura americană oferă tuturor tinerilor ocazia potențială de a juca base-ball, variabilitatea performanțelor în acest sport este determinată preponderent de ereditate și mai puțin de mediu (Bouchard *et al.*, 1990).

d) Dacă o trăsătură este moștenită ereditar, atunci va exista un efect similar asupra populațiilor diferite care au moștenit această trăsătură. Pentru a sesiza mai ușor caracterul fals al acestei afirmații trebuie să ținem cont de diferența dintre o genă moștenită și felul în care respectiva genă se manifestă la un individ în combinație cu alte gene și cu alte influențe ale mediului. Schizofrenia poate ilustra foarte bine această afirmație: cercetătorii acceptă astăzi că schizofrenia are, parțial, o determinare genetică; de aceea, descendenții unei persoane cu schizofrenie au o mai mare probabilitate de a deveni la rândul lor schizofreni; totuși, dacă nu fac schizofrenie, ei au o mare probabilitate de a deveni indivizi creativi. Marele fizician, cu o creativitate excepțională A. Einstein, a avut un copil schizofren. Nu există o relație univocă între ceea ce este moștenit și forma sub care această caracteristică se va manifesta.

e) Dacă o trăsătură este moștenită ereditar, ea este responsabilă de diferențele observate între bărbați și femei și în cadrul diferitelor grupuri sociale. Această afirmație este falsă deoarece ignoră faptul că, în funcție de sexul, rasa și statusul social al părinților, fiecare individ este supus unor influențe diferite din partea mediului, astfel încât este imposibil să știm dacă aceste diferențe sunt determinate de ereditate sau de mediu.

O trecere în revistă a literaturii de specialitate recente din domeniu conduce la ideea că influența factorilor genetici asupra personalității este astăzi un fapt indubitabil (Heath, 1991) și că – așa cum subliniază și Cloninger (1999), combătând afirmațiile false făcute frecvent cu privire la ereditate – cea mai realistă poziție este cea care permite evaluarea corectă a interacțiunii dintre ereditate și mediu.

Din perspectiva obiectivului analizei noastre – evaluarea personalității – aceste afirmații au următoarele implicații (Lanyon, Goodstein, 1997):

1. întăresc credința în existența unui cadru simplu, bazal sau a unei structuri a personalității;
2. încurajează posibilitatea explorării indicatorilor fiziologici sau biologici sau, cel puțin, a relaționării conceptelor fundamentale ale personalității cu conceptele biologice corespondente;
3. limitează distincția dintre trăsături și „temperamente” – termen utilizat în mod tradițional pentru structuri comportamentale despre care se afirmă că au o bază ereditară dominantă;
4. alimentează credința în stabilitatea caracteristicilor personalității de-a lungul vieții (Costa, McCrae & Akenberg, 1980) și încurajează dezvoltarea tehnicilor de evaluare a personalității bazate pe modelul trăsăturilor.

5. Probleme etice generate de studiul și evaluarea personalității

5.1. Conflicte valorice în cercetarea psihosocială

Deși problemele etice au fost totdeauna luate în considerare de către cercetătorii în domeniul personalității și de către psihologii practicieni, ele constituie, în ultima vreme, un subiect din ce în ce mai mult analizat.

De altfel, în foarte multe țări au fost adoptate o serie de reglementări referitoare la cercetările care implică subiecți umani. Când cercetările sau activitatea practică pe subiecți umani (precum cea a psihologului) sunt sensibile din punct de vedere psihosocial, aspectele etice devin din ce în ce mai complexe, deoarece ele au consecințe psihosociale potențiale, fie direct asupra indivizilor, fie pentru clasa din care aceștia fac parte.

În domeniul cercetării și evaluării personalității apar multiple probleme etice deoarece acesta reprezintă un cadru ce permite apariția unor conflicte între valori. În general, conflictele valorice se referă la :

1. Protecția drepturilor individului *versus* libertatea cercetării științifice.
2. Protecția drepturilor individului *versus* obligația profesională a omului de știință de a căuta noi informații.
3. Protecția drepturilor individului *versus* nevoia societății de progres științific și tehnologic.
4. Dreptul omului de știință de a avansa în profesia sa *versus* normele sociale referitoare la tratamentul oamenilor, libertatea persoanei și protecția intimității.

Cunoștințele științifice și tehnicile utilizabile pentru ameliorarea ființei umane pot fi utilizate și în scopuri manipulative. La fel cum cercetările din fizica atomică pot fi utilizate și în tratamentul cancerului, dar și în scopuri distructive, la fel metodele descoperite pentru diminuarea și eliminarea prejudecăților privind grupurile minoritare, a problemelor comportamentale sau pentru facilitarea învățării în școală pot fi utilizate și pentru manipularea politică, crearea unor dorinți și nevoi artificiale sau pentru împăcarea victimelor injustiției sociale cu soarta lor. Dublul potențial al cunoștințelor științifice pune probleme etice pentru toți oamenii de știință. În măsura în care cercetarea psihologică sau activitatea psihologilor practicieni vizează probleme sensibile sau metode de evaluare și intervenție care au implicații etice, psihologii trebuie să recunoască și să îi atenționeze și pe ceilalți asupra dublului potențial – pozitiv, constructiv/negativ, manipulativ – al activității lor. Din nefericire, multe dintre reglementările etice din acest domeniu menționează doar dilemele cu care se pot confrunta cercetătorii și psihologii, dar nu spun prea mult despre felul în care acestea pot fi rezolvate.

5.2. Aspecte ale activității științifice care pot antrena probleme etice

Există patru aspecte majore ale activității științifice privind evaluarea personalității care pot genera probleme etice :

- a) formularea teoriilor sau problemelor cercetării ;
- b) conducerea cercetării și tratamentul aplicat participanților la cercetare ;
- c) cadrul instituțional în care este organizată cercetarea ;
- d) interpretarea și aplicarea rezultatelor cercetării.

În continuare vom analiza pe scurt problemele specifice acestor etape ale cercetării științifice.

a) *Formularea problemelor sau ipotezelor cercetării.* Am putea începe cu un exemplu : doar simpla întrebare : „Există diferențe rasiale în ceea ce privește inteligența ? ” poate fi considerată o ofensă adusă unui grup rasial și o încercare de a pune prestigiul științei în slujba susținerii unor prejudecăți. Un alt exemplu : cercetarea substratului biochimic și genetic al predispozițiilor spre violență ridică o serie de probleme : utilitatea programelor de recuperare și reabilitare ; probleme privind urmașii indivizilor violenți etc.

Multe dintre reținerile oamenilor de știință de a accepta rolul eredității în determinismul unor trăsături de personalitate au la bază – în multe cazuri – nu atât limitele cercetărilor științifice în acest domeniu cât mai ales considerente etice.

De exemplu, ideea că factorii biologici au un rol important în determinarea personalității este destul de nepopulară în societatea americană deoarece implică faptul că inteligența ar avea o substanțială componentă ereditară. Or, tradiția americană cuprinde credința că fiecare este născut cu un potențial comparabil și că putem deveni tot ceea ce dorim dacă investim pentru aceasta suficient timp și efort. Acest punct de vedere este oarecum promovat și de psihologia comportamentistă care, atunci când analizează comportamentele, pune accentul mai degrabă asupra factorilor situaționali decât asupra cauzelor interne (Lanyon, Goodstein, 1997).

b) *Organizarea cercetării și tratamentul participanților.* În organizarea cercetărilor psihologice sau a desfășurării activității de evaluare psihologică, una dintre problemele majore este caracterul confidențial al informațiilor furnizate cercetătorilor/psihologilor și nevoia oamenilor de a-și proteja intimitatea. Întrebările referitoare la anumite aspecte sensibile (obiceiuri sexuale, utilizarea ilicită a drogurilor, comportamentul abuziv sau deviant față de copii) sunt din categoria celor care vizează probleme pe care oamenii nu doresc să le discute și care deseori supără. În același timp, aceste aspecte delicate sunt genul de informații la care doresc să aibă acces diverse instituții sau organizații.

Trebuie respectat cu orice preț principiul confidențialității informațiilor ? Ce facem dacă un copil ne mărturisește intenția de a face un act periculos social sau că a comis o crimă ? În cercetările despre SIDA, mai păstrăm secretul diagnosticului în condițiile în care persoana contaminată pune în pericol partenerii sexuali ?

Problemele etice ridicate de alegerea temei de cercetare și de tratamentul participanților pot interacționa. Această idee poate fi ilustrată de studiul lui Milgram asupra obedienței.

Comentând studiul amintit, D. Baumrind (1972) sublinia faptul că subiecții participanți la experimentele psihologice nu sunt totdeauna tratați cu respectul pe care îl merită. A devenit deja un lucru obișnuit ca în laboratoarele de cercetări psihosociologice subiecții să fie manipulați sau să li se inducă stări intense de disconfort. Iată cum descrie Milgram starea de tensiune psihică pe care situația experimentală a creat-o subiecților:

„Într-un mare număr de cazuri gradul de tensiune a atins valori extreme care rareori s-au întâlnit în laboratoarele de studii sociopsihologice. Subiecții au fost observați transpirând, tremurând, bâlbâindu-se, mușcându-și buzele, gemând, înfigându-și unghiile în corp. Aceste răspunsuri au fost mai curând caracteristice decât excepționale pentru situația experimentală” (Milgram, 1963).

Deși Milgram afirmă că „au fost luate măsuri pentru a se asigura subiectului, la părăsirea laboratorului, o stare de confort” ne putem întreba, alături de Baumrind, ce tip de proceduri pot anula o astfel de tulburare emoțională cu o intensitate nemaiîntâlnită în laboratoarele de psihologie.

În plus, paralela dintre relația autoritate – subordonare în Germania lui Hitler și cea modelată în laborator de Milgram este forțată și nu rezistă la o analiză atentă a tuturor variabilelor implicate în cele două situații.

c) *Contextul instituțional.* Contextul instituțional în care se desfășoară cercetarea poate influența, uneori într-o manieră hotărâtoare, viața participanților la cercetare. De aceea există riscul ca unele informații obținute în timpul cercetării să fie utilizate împotriva persoanelor implicate în cercetare. De cele mai multe ori acest risc nu este corect evaluat de persoanele în măsură să prevină apariția ulterioară a unor probleme.

În plus, instituțiile care finanțează anumite cercetări sau evaluarea psihologică a personalului propriu se conduc după alte reguli decât cercetătorii care se supun mai mult normelor științifice decât valorilor promovate de respectivele instituții. Deoarece cercetătorii și conducătorii instituțiilor care au comandat cercetarea psihologică au o considerabilă autonomie, există un mare potențial de conflict și probleme între personalul din cercetare și instituții (de exemplu, publicarea unor rezultate în presă ar putea fi interpretată de o instituție ca publicitate negativă).

d) *Interpretarea și aplicarea rezultatelor cercetării.* Problema cea mai discutată este utilizarea rezultatelor cercetării în alte scopuri decât cele declarate inițial. De aceea cercetătorii trebuie să ia de la început în considerare modalitățile în care rezultatele cercetării lor pot fi utilizate și nu să recurgă la ideea neutralității cunoștințelor științifice.

Din punct de vedere istoric, unul dintre domeniile cele mai delicate ale aplicării rezultatelor cercetărilor este cel al diferențelor rasiale. Un alt exemplu este utilizarea rezultatelor testelor psihologice pentru promovarea politicii de sterilizare a populației retardate mental. Referitor la acest ultim aspect, amintim că la începutul secolului XX cercetătorii din domeniul social au considerat retardarea mentală ca fiind cea mai mare și cea mai serioasă problemă a Statelor Unite (cf. Sieber & Stanley, 1988). Ei i-au avertizat pe politicieni că, dacă indivizilor retardați nu li se va interzice să se reproducă, retardarea mentală va atinge proporții semnificative și va avea efecte amenințătoare (mai multe crime, alcoolism, prostituție, sărăcie, delincvență etc.). Sarason și Doris (1969) au argumentat că această idee a avut la bază utilizarea eronată de către psihologi a teoriei lui Mendel despre transmiterea ereditară concomitent cu dezvoltarea tehnicilor de măsurare a inteligenței.

Goddard (cf. Sieber & Stanley, 1988) a administrat teste de inteligență la delinvenți, minorități etnice și rasiale, prostituate și a descoperit că un număr mare de persoane aveau un IQ scăzut. În baza unor teste de inteligență administrate în engleză, imigranților ce treceau prin Ellis Island, același Goddard a afirmat că imigranții evrei, italieni, ruși și polonezi ar contribui la deteriorarea intelectuală a populației americane. În anii '20, Goddard și alții ca el au convins Congresul american să adopte cele mai restrictive legi privind imigrarea din câte a cunoscut această țară.

5.3. Tipuri de probleme etice în cercetarea psihologică și în activitatea de evaluare a personalității

a) **Intimitatea** – se referă la interesul persoanei de a-și controla granițele dintre sine și ceilalți. Aceste granițe pot fi psihologice, fizice, politice sau economice. Itemul cel mai des controlat este informația care circulă între noi și ceilalți.

Orice test sau altă tehnică utilizată cu scopul cunoașterii și evaluării personalității cuiva poate fi considerată ca o intruziune în universul intim al subiectului care nu dorește să se dezvăluie de bună voie pe sine însuși. Cu toate că și testele de cunoștințe și abilități mentale au provocat unele obiecții etice, testele de personalitate sunt privite într-o mai mare măsură ca mijloace de violare a dreptului fiecărei persoane la intimitate. Fiecare persoană are două „personalități”: „eul public” – expresia rolurilor pe care individul le joacă în cadrul relațiilor sociale în care este angajat și „eul privat”, „adevăratul eu”. Într-o cultură ca a noastră în care, de pildă, exprimarea liberă a emoțiilor este descurajată iar manifestarea sentimentelor agresive este tabu, există o anume discrepanță între cele două „fețe” ale personalității.

În procesul cercetării și activității de evaluare, un psiholog competent poate obține mai multe informații de la un subiect decât intenționa el inițial să furnizeze. Astfel de informații sunt divulgate mai rapid dacă cercetarea este efectuată într-o instituție în care subiectul bănuiește că informația poate fi oricum obținută pe alte căi și că minciuna sau tănuirea pot fi pedepsite.

De asemenea, chestionarele utilizate pentru evaluarea personalității și tehnicile proiective obțin informații semnificative prin detectarea sentimentelor și atitudinilor pe care, în mod normal, individul și le ascunde: unele probe psihologice își propun să evidențieze dacă un adolescent este deranjat de autoritatea părinților, altele evaluează dragostea mamei pentru copilul său în timp ce scorul altor probe indică intensitatea dorințelor sexuale etc. ! Potențial, toate tehnicile de evaluare a personalității își propun să culeagă informații în legătură cu domenii pe care, în cadrul unor relații sociale normale, fiecare subiect are dreptul să le considere ca având un caracter intim, privat. El este dispus să admită accesul psihologului în aceste zone intime doar dacă le consideră relevante pentru atingerea obiectivului care l-a determinat să se adreseze psihologului. În aceste condiții putem spune că psihologul nu invadează intimitatea cuiva atunci când i se permite accesul și când are o autentică nevoie de informația pe care dorește să o obțină. Psihologul are acces în universul intim al subiectului în virtutea statutului său; altor persoane, oricât ar fi de apropiate de subiect, acesta din urmă le interzice, de cele mai multe ori, accesul (un subiect poate comunica psihologului informații pe care nu le comunică soțului, soției, nici chiar celui mai bun prieten!).

Psihologul trebuie să răspundă încrederii care se investește în el prin respectarea demnității persoanei pe care o evaluează și prin asigurarea confidențialității informațiilor care îi sunt transmise.

b) Respectarea demnității persoanei evaluate psihologic. Această problemă este strâns legată de problema intimității și ea poate fi operaționalizată printr-o interogație simplă: „Putem adresa oamenilor orice întrebare?”. Atunci când un psiholog este angajat de o firmă să realizeze selecția candidaților pentru un anume post, are el dreptul să se intereseze de acele aspecte ale vieții private a candidaților care nu sunt în mod direct în relație cu munca ce urmează a fi prestată de către aceștia? Are dreptul un profesor să întrebe un elev despre temerile lui, despre sentimentele sale de ură sau de iubire, despre viața lui în cadrul familiei? Putem găsi ușor argumente pro și contra pentru că – nu-i așa? ! – orice se relaționează cu orice. De dorit este, totuși, să se adopte o poziție flexibilă și pragmatică: trebuie totdeauna găsit cel mai bun echilibru între caracterul intruziv al unor întrebări și beneficiul obținut prin adresarea lor. Un psiholog care alcătuiește un chestionar poate elimina o serie de obiecții, pur și simplu, prin verificarea gradului de acceptabilitate al itemilor și înlăturarea celor față de care se manifestă obiecții. Într-o cercetare efectuată de Winkler și Matthews (1967), aceștia au solicitat angajaților de la o firmă să verifice itemii unui chestionar în funcție de gradul în care „s-ar simți personal ofensați” dacă li s-ar cere să răspundă la întrebările respective. În medie, fiecare persoană nu a avut obiecții decât în raport cu 1% din itemi. Între întrebările care au provocat cele mai multe obiecții au fost următoarele:

„Ești puternic împotriva sărutului unei persoane de același sex și vârstă cu tine?”

„Imaginea puroiului te dezgustă?”

În astfel de situații pare rezonabil să permitem subiecților să nu răspundă la atare întrebări (și să corectăm corespunzător scorul obținut) și să ne atingem obiectivele în cadrul unui interviu.

Totuși, nu se poate ști cu exactitate câte informații ar putea fi pierdute dacă s-ar elimina itemii care provoacă obiecții. S. Hathaway, unul din autorii MMPI, se teme că pierderile ar fi serioase. Utilizarea MMPI pentru selecția funcționarilor guvernamentali în USA a fost criticată deoarece unii itemi se refereau la religie iar Constituția americană nu permite oficiilor publice verificarea credințelor religioase. Acestor critici, Hathaway le-a răspuns astfel (cf. Cronbach, 1970, p. 512):

„Dacă psihologul nu poate utiliza acești itemi personali ca mijloace de evaluare a oamenilor, atunci el se află în situația medicului din perioada victoriană care trebuia să examineze paciențele luându-le pulsul printr-o ușoară atingere cu mâna din spatele unui paravan... Este evident că, dacă am face un nou MMPI, ne-am confrunta din nou fie cu situația de a ofensa anumite categorii de oameni prin utilizarea unor itemi ce solicită informații personale față de care ei obiectează, fie, dacă nu am include astfel de itemi personali și am fi inofensivi, cu situația de a nu realiza obiectivul chestionarului”.

Cum pot fi rezolvate astfel de dileme etice? Evident, nici societatea, nici comunitatea științifică nu vor avea beneficiile scontate acordând psihologului „un cec în alb” privind tratamentul aplicat subiecților cercetați. Încă din 1973, American Psychological Association (APA) a pus în practică o filosofie etică ce poate fi numită „ortodoxia cost/beneficiu”

(Evans, 1985). Ideea fundamentală a acestei filosofii este aceea că cercetătorul are serioase obligații față de profesia sa, față de căutarea și respectarea adevărului și față de societate – pe de o parte, și obligații la fel de importante față de subiecții săi – pe de altă parte. Principiul care trebuie să-l orienteze pe cercetător în evaluarea etică a activității sale este acela de a avea permanent în vedere echilibrul obligațiilor față de cele două părți: profesia, societatea/subiecții cercetați sau evaluați.

Aplicarea în practică a principiului cost/beneficiu – nu este ușoară și există situații în care deciziile cercetătorului pot avea în vedere mai degrabă beneficiile lui decât pierderile subiectului. Baumrind (1971) afirmă explicit acest fapt:

„Abordarea risc/beneficiu... poate avea efectul justificării violării drepturilor subiectului, oferind cercetătorului posibilitatea de a apela la raționalizări pentru a risca confortul subiectului în baza unor «beneficii» sociale anticipate ale cercetării”.

c) **Consimțământul informat.** Consimțământul informat și corectitudinea sunt nucleul eticii cercetării. Ambele concepte se sprijină pe ideea că cercetarea trebuie să aibă la bază un acord neexploativ și reciproc, un *contract social* între subiect și cercetător. Pe cât posibil, costurile, riscurile și beneficiile subiectului trebuie explicate acestuia încă de la începutul cercetării. Mai mult, se recomandă ca cercetătorul să recompenseze orice participare a subiectului la activitatea de cercetare – plătindu-l, oferindu-i credite suplimentare la cursuri (dacă este student) sau promițându-i un raport complet al cercetării (Evans, 1985). Din nefericire, mulți psihologi nu procedează astfel sau, în finalul cercetării, nu-și onorează promisiunile făcute subiecților.

Cea mai frecventă și, probabil, cea mai bună modalitate de a implementa într-o cercetare principiul consimțământului în deplină cunoștință de cauză este aceea de a înmâna fiecărui subiect înainte de începerea cercetării un formular pe care l-am putea numi „Verificarea consimțământului informat” și care trebuie semnat de subiect și cercetător. (Vezi tabelul nr. 4.)

Tabelul nr. 4 – Verificarea consimțământului informat

Verificarea consimțământului informat

Subsemnatul de bună voie consimt să particip la cercetarea intitulată

Am primit explicații satisfăcătoare cu privire la scopul general al proiectului precum și o descriere în legătură cu ceea ce mi se va cere să fac și condițiile la care urmează să fiu expus. Îmi dau seama că nu este posibil ca cercetătorul să-mi explice toate aspectele studiului până când nu-mi voi încheia participarea. În schimbul serviciilor mele pentru acest studiu voi primi

Înțeleg că cercetătorul este responsabil pentru orice risc la care voi fi expus pe durata cercetării. Am fost informat asupra următoarelor riscuri sau experiențe neplăcute:

Înțeleg că mă pot retrage din această cercetare în orice moment și că toate datele obținute vor fi confidențiale.

Semnătura subiectului

Numele și semnătura
cercetătorului

Data :

Indiferent ce formă ar avea un astfel de document el trebuie să conțină următoarele explicații ce vor fi furnizate subiectului :

- natura și obiectivele studiului ;
- ce anume i se va cere subiectului pentru participare ;
- riscurile posibile pentru subiect, în cazul în care există riscuri ;
- subiectul este liber să-și încheie participarea în orice moment (o mențiune *foarte importantă*).

Acest document trebuie citit și semnat de subiect înaintea începerii cercetării. El facilitează cercetătorului îndeplinirea uneia dintre obligațiile sale importante față de subiect - securizarea subiectului și protejarea autonomiei și libertății sale în situația creată de cercetare.

Când cercetarea include subiecți care nu au capacitatea necesară pentru a semna un astfel de document (copii, bolnavi psihici etc.), cercetătorul trebuie să dea acestora explicațiile necesare în limitele înțelegerii lor, iar documentul poate fi semnat de persoanele care sunt legal responsabile pentru fiecare subiect.

Există situații în care un astfel de consimțământ informat este imposibil, inutil sau nenecesar : observația naturală, interviul (ca parte a unei anchete), completarea și returnarea chestionarelor trimise prin poștă etc.

d) **Înșelarea sau păcălirea subiecților.** Mulți dintre itemii care intră în componența unor probe psihologice de diagnostic își propun să „păcălească” subiecții astfel încât ei să nu-și dea seama ce tip de informații se „developează”. O procedură de diagnostic pe care subiectul nu o înțelege sau o înțelege greșit este acceptabilă doar dacă informația obținută se referă la ceea ce subiectul ar permite de bună voie celorlalți să cunoască despre el ; acest principiu justifică o serie de proceduri greu de înțeles sau cu caracter intruziv utilizate în diagnosticul medical. În alte cazuri, obținerea unei imagini cât mai exacte despre o persoană prin utilizarea unor itemi subtili, al căror obiectiv real este greu de detectat, poate fi justificată prin interesul social deosebit care prevalează în raport cu interesul persoanei de a-și proteja intimitatea (de exemplu, evaluarea psihologică a unor delinvenți).

Totuși, în activitatea de psihodiagnostic, psihologul trebuie să utilizeze procedurile de diagnostic într-o manieră cât mai corectă (Cronbach, 1970). Persoana care solicită ajutor terapeutic poate înțelege ușor utilitatea unui bun diagnostic. A pune întrebări directe, transparente, referitoare la unele aspecte intime înseamnă a-l invita pe pacient să colaboreze la stabilirea diagnosticului său. De asemenea, se poate explica relativ ușor și necesitatea utilizării unor întrebări subtile, indirecte. Pentru a favoriza o atitudine deschisă

și colaborativă din partea persoanelor care solicită ajutor terapeutic, psihologul poate începe procesul diagnostic astfel :

„Voi putea să te ajut să-ți rezolvi problema dacă voi reuși să colectez cât mai multe informații depre tine. Unele din testele noastre utilizează întrebări directe al căror scop îl vei înțelege repede. Altele vizează aspecte mult mai profunde ale personalității. Uneori ele aduc la suprafață conflicte emoționale de care persoana s-ar putea chiar să nu fie conștientă. Puțini dintre noi admit întregul adevăr despre sentimentele și ideile noastre, despre noi înșine. Cred că aș putea să te ajut mai bine utilizând astfel de teste” (Cronbach, 1970, p. 513).

Dacă subiectul (client, pacient) refuză să fie diagnosticat cu ajutorul unor teste subtile, indirecte, atunci pune sub semnul întrebării succesul consilierii sau terapiei.

Alta este situația, în cazul unui examen de selecție profesională în care candidații sunt motivați să ofere examinadorului o anume imagine despre ei înșiși, să evidențieze trăsături de personalitate dezirabile social. E greu să explici cuiva că vei folosi tehnici subtile pentru a-i evidenția impulsivitatea, tendințele agresive, anxietatea, cinstea etc. și, pentru cel examinat, mult mai greu, să accepte astfel de instrumente de diagnostic.

În cazul cercetării psihologice, utilizarea itemilor subtili, păcălirea și înșelarea subiecților ridică probleme specifice. În măsura în care într-o cercetare se utilizează o astfel de strategie, atunci principiul consimțământului informat este violat. Deși mulți cercetători își dau seama de acest fapt, păcălirea subiecților, prezentarea parțială sau eronată a obiectivelor studiului sunt strategii frecvente și tolerate. Această atitudine este justificată prin invocarea unor articole din codurile etice ale diverselor organizații ale psihologilor.

Astfel, articolul 6.15 din *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct*, al APA menționează explicit :

„... utilizarea tehnicilor de păcălire, înșelare este justificată de aspectele științifice ale studiului, de valorile educaționale și practice și de inexistența unor proceduri alternative eficiente care să nu utilizeze păcălirea subiecților” (APA, 1992).

Cercetătorii argumentează că există situații în care nu s-ar putea obține date valide dacă subiecții ar fi total informați în legătură cu obiectivele și procedurile studiului și cu experiențele și comportamentele care se așteaptă din partea lor. Utilizarea păcălirii subiecților este, în principal, raționalizată în baza principiului cost/beneficiu.

Este evident că obținerea unor date utile și valide este foarte dificilă dacă nu chiar imposibilă în unele cercetări fără a înșela subiecții asupra obiectivelor și procedurilor cercetării; dar atunci când cercetătorul utilizează o astfel de strategie, obligațiile lui față de subiecți cresc. În primul rând, el trebuie să analizeze cu atenție, eventual consultându-și colegii, dacă valoarea datelor care vor fi obținute justifică utilizarea păcălirii subiecților; apoi, să ia în considerare existența unor strategii alternative care ar putea conduce la aceleași informații, dar fără păcălirea subiecților și, în sfârșit, să se asigure că, în cazul în care utilizează strategia înșelării subiecților, aceștia vor fi informați corect despre cercetarea la care au participat imediat după încheierea cercetării.

Trebuie să subliniem faptul că păcălirea subiecților implică cel puțin două aspecte :

- păcălirea prin omisiune – explicațiile inițiale furnizate subiecților sunt parțiale (de exemplu – în cazul unui test de memorie de lungă durată acesta nu este prezentat

ca atare subiecților; el este prezentat tot ca test de memorie de scurtă durată, omițându-se să se spună subiecților că ei vor fi retestați după o perioadă mai lungă de timp);

- păcălirea subiecților în legătură cu adevăratul scop al cercetării sau în legătură cu ceea ce li se va cere să facă. De exemplu, subiecților li se poate spune că studiul se referă la efectul pedepsei asupra învățării când, de fapt, studiul vizează evaluarea factorilor implicați în obediența față de autoritate. Exact acest tip de înșelare a subiecților a utilizat Milgram în studiul său, citat în unul din paragrafele anterioare.

De aceea, procesul de informare ulterioară (*debriefing*) al subiectului prezintă complexități diferite funcție de cercetarea la care a participat și de felul în care a fost păcălit. Astfel, acest proces poate include următoarele tipuri de acțiuni:

- *informarea corectă* a subiectului prin completarea informațiilor inițiale sau prin corectarea informațiilor eronate transmise la începutul cercetării; se motivează, de asemenea, utilizarea strategiei informării parțiale sau incorecte;
- *desensibilizarea* subiectului, prin diminuarea sau eliminarea sentimentelor negative (disconfort, vinovăție etc.) asociate comportamentelor dezvoltate în timpul cercetării. Holmes recomandă două strategii de desensibilizare a subiecților:

1. Să se sugereze că eventualele comportamente neașteptate, reprobabile ale subiectului sunt rezultatul unor factori situaționali (de exemplu „caracteristicile solicitării”) specifici cercetării mai degrabă decât efectul personalității sale; mai mult chiar, că felul în care subiectul s-a comportat în laborator nu este relevant pentru felul în care el se va comporta în afara lui. Acest gen de desensibilizare pune cercetătorul în situația paradoxală de a pleda împotriva validității cercetării sale cu prețul îmbunătățirii confortului psihologic al subiectului.
2. Să se sublinieze că felul în care subiectul s-a comportat nu a fost anormal, neobișnuit sau extrem și că majoritatea persoanelor participante la experiment s-au comportat într-o manieră asemănătoare.

Tehnici alternative la păcălirea subiecților. Mulți psihologi consideră că procedurile de păcălire a subiecților pot fi înlocuite cu altele care, respectând într-o mai mare măsură drepturile subiectului la o informare corectă, asigură, în același timp, rezultate la fel de valide, dacă nu chiar mai valide.

• O astfel de tehnică este cea a *jocului de rol* (Forward *et al.*, 1976; Kelman, 1967, 1972). În loc să fie păcăliți și dezinformați, subiecții participanți la o cercetare care utilizează tehnica jocului de rol sunt complet informați în legătură cu natura și ipotezele cercetării, cu variabilele implicate și cu tipurile de manipulări sau situații care ar fi întrebuintate dacă s-ar utiliza procedura păcălirii. Apoi, subiecții și experimentatorul colaborează la dezvoltarea „scenariilor” lor care includ varierea sistematică a variabilelor independente și specificarea indicatorilor variabilei dependente avute în vedere. În final, fiecare „scenariu” este jucat, datele fiind colectate fie într-o manieră obișnuită, fie în cadrul unui interviu în care subiecții spun cum ar fi acționat dacă ar fi fost de acord cu condițiile experimentale care erau cercetate.

Inițiatorii acestei tehnici afirmă că ea furnizează informații cu validitate crescută deoarece permite subiectului să se comporte în funcție de felul în care el dorește să se prezinte în fața celorlalți, așa cum se întâmplă în viața de zi cu zi. Criticii „jocului de rol” consideră că această tehnică conduce, dimpotrivă, la date invalide deoarece ele depind de atitudinea subiectului față de știință în general și de calitatea relației dintre subiect și cercetător.

- *Consimțământul asumat* este o altă tehnică alternativă la păcălirea subiecților. Cercetătorii care doresc să utilizeze această tehnică realizează un studiu pilot în care evaluează cât de acceptabilă este procedura de păcălire la care vor fi supuși subiecții. Unui grup de subiecți potențiali li se va da o descriere detaliată a procedurilor de păcălire și manipulare care urmează să fie utilizate. Dacă majoritatea subiecților potențiali își exprimă acordul de a participa la realizarea cercetării în ciuda procedurilor de păcălire ce urmează a fi utilizate, atunci se consideră că și subiecții reali (care urmează să fie păcăliți) vor aprecia respectivele proceduri ca fiind acceptabile. Acest tip de abordare nu elimină păcălirea, dar diminuează povara etică a cercetătorului.

e) **Confidențialitatea.** Probleme referitoare la confidențialitate ridică nu doar datele rezultate din evaluarea personalității (în scop diagnostic sau de cercetare), ci orice informație personală transmisă psihologului clinician sau consilierului.

Nu trebuie să mai spunem că orice persoană are dreptul să interzică difuzarea oricărei informații care ar putea fi utilizată împotriva sa. Această atitudine normală a generat totuși luări de poziție cu caracter extrem care au mers până la solicitarea interzicerii testelor psihologice. Implicarea emoțională crescută în dezbaterile problemei confidențialității informațiilor obținute de psihologi i-a împiedicat pe mulți să facă deosebirea dintre utilizarea legitimă și în folosul oamenilor a metodelor de evaluare psihologică și utilizarea abuzivă a informațiilor obținute cu ajutorul acestora.

Dar ce anume i-a determinat pe mulți – specialiști și nespecialiști – să se teamă că anumite informații furnizate psihologilor ar putea fi folosite împotriva oamenilor? Probabil că cea mai blamată practică a fost utilizarea unor instrumente de evaluare orientate dominant psihopatologic în contextul selecției personalului. Problema confidențialității s-a manifestat în două moduri. Pe de o parte, anumite teste au inclus întrebări referitoare la practicile sexuale și religioase – informații care aparent au o relație minoră cu indicațiile sau contraindicațiile pentru o slujbă, dar care, ipotetic, pot crea ocazia multor neplăceri și discriminări.

Pe de altă parte, un fapt mult mai important este acela că subiecții pot furniza informații de care ei nu sunt conștienți și pe care nu le-ar fi furnizat dacă ar fi putut să aleagă. Persoana care răspunde la itemii unor teste proiective se confruntă cu o astfel de situație.

Care este rezolvarea etică a acestei situații? Punctele de vedere exprimate sunt diferite. Oricum, reținem ideea că utilizarea testelor în domeniul sănătății mentale și consilierii nu ridică probleme etice. Așa cum am subliniat, în acest caz nu există un conflict de interese între evaluator și evaluat. Totuși, în alte situații – precum cea a selecției personalului – există un mare potențial de conflict de interese între subiectul evaluat și psiholog. Spre deosebire de contextul clinic unde testele sunt utilizate pentru decizii în folosul individului, în domeniul selecției personalului evaluarea psihologică este pusă în slujba instituției.

Un alt aspect al confidențialității se referă la dreptul clientului de a cunoaște rezultatele evaluării sale psihologice. Tradițional, psihologii au fost foarte reținuți în a comunica acest tip de informație, considerând că ar putea avea efecte negative asupra clienților. În 1965, într-o audiere în cadrul Congresului american, s-a discutat această problemă și s-a ajuns la concluzia că oamenii au dreptul să cunoască rezultatele evaluării psihologice și că psihologii trebuie să-și asume responsabilitatea de a comunica aceste informații astfel încât ele să fie bine înțelese și corect evaluate de clienți.

Capitolul III

ABORDAREA CLINICĂ ÎN PSIHOLOGIE

1. Caracteristici generale	55
2. Resurse și limită	71
3. Complementaritatea și integrare	74

1. Caracteristici generale

Capitolul III

ABORDAREA CLINICĂ ÎN PSIHOLOGIE

1. Caracteristici generale	55
2. Resurse și limite	57
3. Complementaritate și integrare	59

Capitolul III

ABORDAREA CLINICĂ ÎN PSIHOLOGIE

1. Caracteristici generale	52
2. Resurse și limite	57
3. Complementare și integrare	59

1. Caracteristici generale

Deseori contestată, îndeosebi de psihologii care, dorind să facă din psihologie o știință „adevărată”, au adoptat pentru studiul manifestărilor psihocomportamentale metode importate din domeniul științelor naturii, abordarea clinică are o lungă istorie, dovadă a resurselor ei, mult mai importante decât limitele menționate de criticii acesteia.

Considerată astăzi mai puțin o metodologie structurată cât mai curând o „manieră de a acționa, simți și proceda” (M. Grawitz, 1993, p. 308), metoda clinică¹ se înrudește cu examenul medical realizat la patul bolnavului (gr. *klinikos*, *klinè* = pat) și acordă prioritate aspectelor calitative și relațiilor cu celălalt. În domeniul psihologiei clinice, unii autori fac o distincție între clinica realizată cu „măinile goale”, care nu utilizează nici un instrument (în condițiile în care nu includem în categoria instrumentelor observația, convorbirea și psihologul însuși) și clinica instrumentală sau „armată” care utilizează instrumente psihologice cum ar fi teste.

Într-un studiu din 1949, D. Lagache („Psychologie clinique et méthodes clinique”) consideră că abordarea clinică vizează „studiul aprofundat al cazurilor individuale” sau, mai precis, „studiul conduitei umane individuale și al condițiilor sale (ereditate, maturizare, condiții fiziologice și patologice, istoria vieții) într-un cuvânt, studiul persoanei totale «în situație»” (p. 156). Adunând date eterogene – de la cele organice la cele de natură psihosocială – metoda clinică are ambiția de a fi o abordare holistică a conduitelor normale și patologice.

Obiectul psihologiei clinice este constituit de studiul și înțelegerea subiecților singuri și a conduitelor lor în cadrul unei interacțiuni directe a psihologului cu aceștia. Interacțiunea strânsă a psihologului cu subiecții studiați ridică – pentru abordarea clinică – problema metodologică a analizei și evaluării nu doar a unei conduite sau a unei personalități în singularitatea sa, ci și a analizei implicării psihologului și a efectelor acesteia.

Implicarea psihologului în cercetarea clinică conduce la obținerea unor rezultate „subiective” – produse ale interpretării acestuia – care, deși nu oferă suficiente garanții privind exactitatea lor, permit accesul la procesele, inaccesibile observației, care stau la baza comportamentelor observate și măsurate cu ajutorul tehnicilor „obiective” ale psihometriei.

În timp ce metoda experimentală studiază psihologia omului în general, cu scopul explicit sau implicit de a realiza generalizări, metoda clinică urmărește un scop mai practic: ea vizează realizarea unei evaluări sau a unui diagnostic, urmate deseori de o prescripție terapeutică; succesul sau insuccesul terapiei sau al oricărei intervenții psihologice sunt cele mai puternice mijloace de validare a metodei. Dar nu întotdeauna abordarea clinică urmărește scopuri terapeutice; spiritul ei poate fi întâlnit în abordări metodologice cvasiexperimentale sau în anumite etape ale unui demers experimental. În științele

1. Termenul a fost utilizat pentru prima dată de L. Witmer, psiholog american, în 1896.

sociale, dificultățile experimentării, complexitatea factorilor umani, interdependența lor orientează deseori cercetătorii spre abordări de tip clinic, caracterizate prin prioritatea acordată informației și observației referitoare la *totalitatea* manifestărilor unei ființe umane sau ale unui grup concret, considerate în situație și în evoluția lor istorică. De altfel, Anzieu (1974) considera că metoda clinică are la bază trei postulate:

- **Postulatul dinamicii** : orice ființă umană este în conflict cu lumea, cu toți ceilalți, cu ea însăși. Omul adaptat este cel care caută să rezolve aceste conflicte, în timp ce omul inadaptat este cel care ridică aceste conflicte la rangul de normă.
- **Postulatul totalității** : orice ființă umană trăiește asemenea unei totalități niciodată desăvârșită.
- **Postulatul genezei** : o reacție este clarificată prin raportarea la istoria sa.

Integrată într-un examen psihologic, abordarea clinică poate fi caracterizată prin patru idei „forță” (M. Moulin, 1992):

1. *Unitatea și unicitatea persoanei* : clinicienii „puri”, în general foarte apropiați de psihanaliză, refuză orice cuantificare, argumentând că persoana este un *tot* (globalitate), o ființă *unică*. Psihologul clinician se definește ca „specialist în problemele oamenilor *singulari*” (Ch. Nahoum), fapt care antrenează refuzul oricărui tratament statistic al datelor (nu se pot compara elemente de natură diferită). La limită s-ar putea spune că nu există „metodă” clinică și nici limbaj clinic – există atâtea metode și limbaje câte situații și persoane!

2. *„Cei trei mușchetari” ai situației de examen* – psihologul, subiectul, problema/instituția. Spre deosebire de abordarea experimentală, în cadrul abordării clinice psihologul face parte integrantă din situația de examen psihologic; abordarea clinică se dorește a fi „o interacțiune și o punere în relație a unor indivizi (izolați sau în grup) cu un psiholog profesionist care își propune să-i observe și să-i înțeleagă”. De asemenea, este posibil ca psihologul, subiectul pe care îl întâlnește precum și problema lui să se situeze într-un cadru instituțional definit – școală, spital, întreprindere – care nu poate fi ignorat.

3. *Experiența subiectivă a subiectului și atitudinea non-directivă*. Strategia clinicianului constă în a căuta să cunoască, pentru a putea descrie, felul în care persoana trăiește situația și îi formulează problema. Adoptând o atitudine non-directivă – regulă de bază în abordarea clinică – psihologul lasă subiectului maximă libertate considerându-l „expert” în problema sa.

4. *Perspectiva temporală*. Concret, abordarea clinică se derulează în trei timpi:

- Examenul situației prezente a subiectului: cum își organizează cunoștințele, capacitățile, personalitatea? Cum își gestionează conflictele?
- Analiza trecutului, pentru a clarifica prezentul cu ajutorul „istoriei vieții” subiectului.
- Schița viitorului prin luarea în considerare a celor două abordări precedente.

2. Resurse și limite

Investigația clinică, spune D. Lagache, este „o oscilație între interpretarea ansamblului și investigarea detaliului până la atingerea unui echilibru” (1949). Dar acest echilibru este greu de atins. În medicină, deși declară că tratează bolnavul și nu boala, medicii găsesc cu greu distanța potrivită între aceste repere, iar evoluția actuală a științelor medicale evidențiază, pe de o parte, tendința spre dezvoltarea unei adevărate științe biologice iar, pe de altă parte, frecvente încercări de valorizare a unor practici tradiționale, mitice.

În psihologie, psihanaliza constituie – spune Grawitz (1993) un exemplu privind dificultatea de a construi o teorie științifică pornind de la studiul aspectelor individuale. Multe dintre afirmațiile psihanalizei sunt astfel formulate încât nu pot fi infirmate de fapte (Watzlawick, 1990). De pildă, dacă subscriu la principiul explicativ că insightul în legătură cu cauzele trecute ale simptomului este o precondiție pentru schimbarea prezentă și clientul meu se simte mai bine, atunci acest fapt este o dovadă a corectitudinii afirmației referitoare la importanța terapeutică a insightului. Dar, dacă clientul nu se însănătoșește, atunci, probabil, nu am căutat suficient de profund în inconștientul lui cauzele situației lui prezente! Astfel, principiul explicativ enunțat este confirmat atât de succesul, cât și de insuccesul aplicării lui.

De-a lungul evoluției științei psihologice au fost exprimate multe critici cu privire la caracterul științific al rezultatelor obținute în urma studiului cazurilor individuale. Deși există și apărători ai caracterului științific al acestui demers, se consideră, în general, că cele mai valide rezultate își au originea în studiul grupurilor unde diferențele individuale se compensează, se șterg, reducându-se astfel riscul ca unele caracteristici strict individuale să fie considerate fenomene generale.

Cloninger (1996) enumeră trei obiecții majore frecvente privind valoarea științifică a studiului clinic al indivizilor:

- *Nu permite predicții.* Limita majoră – spune Eysenck (1986) – a studiilor indivizilor separați rezidă în faptul că ele sunt incapabile să producă predicții care să poată fi testate cu ajutorul unor observații obiective. De pildă, în studiile de caz psihanalitice, analistul face interpretări, dar acestea nu sunt testate într-o manieră sistematică.

- *Lipsa obiectivității.* Majoritatea clinicienilor afirmă că studiul unui caz este fundamentat pe o intersubiectivitate la care psihologul și subiectul contribuie fiecare cu partea sa în cadrul unei situații unice și inanalizabile. Înțeles astfel, „studiul de caz nu poate fi nici obiect, nici instrument al unei cercetări verificabile” (M. Reuchlin, 1992, p. 215).

- *Nu permite generalizări.* Altă critică formulată la adresa abordării idiografice vizează numărul mic de subiecți, în general unul singur. Generalizarea, în baza unui număr mic de observații, la nivelul unei întregi populații, implică riscul unor erori foarte mari. Cum să generalizezi pornind de la un caz unic? În loc să punem accentul pe aspectele strict individuale ale fiecărui subiect, pornind de la ideea că astfel îl putem înțelege, nu este mai bine să procedăm în baza unui postulat complet opus? – „Toți indivizii funcționează într-o manieră identică, este suficient să experimentăm pe unul (oricare) dintre ei pentru a ajunge la fapte în întregime generale” (M. Reuchlin, 1992,

p. 219). Inversând perspectiva, adepții psihologiei experimentale fac din studiul de caz o ilustrare a unor teze generale.

Dacă acceptăm aceste critici, ajungem în situația paradoxală de a studia personalitatea, pierzând persoana, individul, printre mediile grupurilor cercetate. În acest caz putem ajunge la adevăruri generale, uneori atât de generale, încât nu mai au nimic de-a face cu viața oamenilor concreți pe care sperăm să-i înțelegem și să-i ajutăm cu ajutorul științei psihologice.

În urma examinării unui număr de 226 articole de cercetare din reviste prestigioase (*Journal of Personality* și *Journal of Personality and Social Psychology*), R. Carlson (1971) își pune următoarea întrebare: „În cercetarea personalității unde se află persoana?”. Această întrebare este justificată de următoarele limite, uneori erori grave, întâlnite în literatura examinată:

- 61 % dintre studii au cules date doar de la subiecți studenți (deseori se spune că „adevărurile generale” ale psihologiei sunt valabile, de fapt, pentru studenți și... șobolani - singurele categorii de subiecți ușor accesibile cercetătorilor-profesori!);
- 78 % dintre studii au utilizat date obținute în urma unei singure aplicări a unor teste;
- 78 % dintre studii au utilizat metode de cercetare experimentală (în care subiecții reacționau la o situație manipulată);
- 57 % dintre studii au antrenat păcălirea subiecților în anumite momente ale designului experimental.

Alternativa propusă de Carlson (1971, 1982) a fost **personologia** - studiul aprofundat, longitudinal al indivizilor în complexitatea mediilor lor sociale și biologice.

Referindu-se la disputa idiografic - nomotetic, clinic (calitativ) - experimental, Cloninger (1996) evidențiază următoarele resurse ale studiului indivizilor separați:

a) *Înțelegerea personalităților excepționale sau plasate în situații excepționale.* Psihologii care studiază personalitatea riscă să dobândească cunoștințe utile pentru înțelegerea individului „mediu”; dacă se dorește înțelegerea indivizilor în toată varietatea lor atunci, pe lângă studiul cazurilor medii, analiza detaliată a cazurilor excepționale se impune cu necesitate.

b) *Oferă ocazia modificării unor teorii.* Aplicarea unei teorii la un individ anume permite nu numai înțelegerea lui, ci și clarificarea teoriei însăși. Particularitățile vieții acestui individ pot antrena modificări teoretice.

c) *Plasarea individului în contextul său.* Mediul social influențează profund indivizii, furnizează stimulările, reacțiile care modelează comportamentul și oferă cadrul de referință necesar descoperirii sensului experiențelor oamenilor.

d) *Permite evidențierea complexității personalității.* Spre deosebire de abordările nomotetice, experimentale, care reduc personalitatea la una sau mai multe variabile, abordările idiografice, clinice, au ca funcție intrinsecă aceea de a evidenția complexitatea persoanei. Numărul mare de caracteristici pe care le are în vedere clinicianul îl conduc pe acesta la un nivel superior al descrierii și înțelegerii mecanismelor profunde ale comportamentului uman.

e) *Înțelegerea schimbării și dezvoltării personalității.* În contrast cu cercetarea tradițională care nu observă indivizii, cel mai adesea, decât într-o singură situație, abordarea biografică introduce factorul timp care clarifică procesul schimbării și dezvoltării personalității umane.

f) *Accentul pus pe procesele care se desfășoară în interiorul personalității.* Studiul indivizilor permite psihologilor să răspundă la câteva întrebări importante: Care sunt schemele care stau la baza comportamentelor? Cum anume răspunde o persoană la stimulii externi și cei interni, motivaționali? Aceste întrebări circumscriu, în bună măsură, obiectul psihologiei dinamice fără contribuția căreia psihologia personalității este astăzi de neconceput.

Deși se reproșează metodei clinice lipsa unei teorii unitare și producerea unor date negeneralizabile, în practică majoritatea clinicienilor se raportează, mai mult sau mai puțin explicit, la un anume cadru teoretic, iar ceea ce se numește de obicei „simț clinic” este expresia experienței clinicienilor dobândită prin raportarea cazurilor individuale la un număr de alte cazuri studiate/tratate de aceștia.

Caracterul științific al metodelor experimentale este minat de imposibilitatea studierii persoanei, în complexitatea ei, în situație; studierea fragmentară a persoanei, izolarea artificială a unor variabile și imposibilitatea de a ajunge la o imagine comprehensivă a persoanei prin combinarea unor scoruri sunt doar câteva aspecte care trebuie avute în vedere în disputa clinic – experimental.

Conștienți de limitele abordării clinice, dar și de resursele ei, subliniem operațiile care definesc o cercetare clinică validă (R.M. Moro, 1993, p. 427):

- „decuparea obiectului de studiat” și definirea lui cu precizie (o reprezentare, un comportament, o dinamică intrapsihică etc.);
- construirea unor ipoteze parțiale, precise, testabile;
- construirea unui dispozitiv adecvat pentru verificarea ipotezelor (chiar caracterizat printr-o rigiditate variabilă: interviu de cercetare, consultație etc.);
- descrierea minuțioasă și analiza situației clinice în complexitatea sa;
- „evidențierea faptelor, mecanismelor, regularităților și deci atingerea generalului dincolo de singularitățile individuale, dar pornind de la ele și, prin urmare, sesizarea legilor generale ale funcționării psihologice pornind de la individul singular”;
- analiza implicării cercetătorului;
- „cunoașterea faptului că domenii întregi ale practicii clinice nu se pretează încă la o anume formă de demonstrare”, deci cunoașterea posibilităților și limitelor metodei clinice;
- „scopul cercetării este de a depăși starea actuală a cunoașterii și de a ieși din cadrul ideilor preconcepte și ideologiilor.

3. Complementaritate și integrare

Analiza resurselor și limitelor abordării clinice comparativ cu cele ale abordării experimentale/psihometrice conduce la idea complementarității. În ciuda disputelor teoretice, practica clinică valorifică deja resursele acestora prin utilizarea combinată, în

funcție de obiectivele evaluării clinice, metodelor clinice și psihometrice. De altfel, există autori care consideră că definiția care se dă, în mod obișnuit, psihodiagnosticului poate fi aplicată „termenului neutru” – „evaluarea clinică” (Korchin și Schuldborg, 1981). Iată definiția pe care aceștia o dau psihodiagnosticului :

Psihodiagnosticul este procesul care :

- a) utilizează un număr de proceduri ;
- b) cu scopul de a explora diverse domenii ale funcționării psihologice ;
- c) la nivel atât conștient cât și inconștient ;
- d) folosind tehnici proiective ca și alte teste mult mai obiective și standardizate ;
- e) în ambele cazuri interpretarea trebuie să aibă la bază manifestări simbolice, și răspunsuri măsurabile ;
- f) și are ca obiectiv descrierea indivizilor în termeni personologici mai degrabă decât în termeni normativi.

Această definiție evidențiază clar că, pentru atingerea obiectivului său – *descrierea indivizilor în termeni personologici* – clinicianul utilizează, în egală măsură, atât metode clinice cât și teste și alte tehnici psihometrice. Diferența dintre evaluarea clinică și aplicarea unor teste este faptul că, în primul caz, mai mult decât în aplicarea testelor, clinicianul se află în centrul procesului de evaluare psihologică (Murphy, Davidshoffer, 1994). Deși, la sfârșitul secolului XX, practica psihologilor clinicieni s-a orientat mai degrabă spre psihoterapie și tehnici de optimizare a adaptării și mai puțin spre evaluare și diagnostic, utilizarea testelor rămâne în continuare o parte importantă a practicii clinice. Wade și Baker (1977) au publicat un studiu în care evidențiază că peste 85 % dintre psihologii clinicieni utilizează teste și că o treime din timpul alocat terapiei este consumat de administrarea unor teste și de evaluare.

Pentru creșterea caracterului științific al datelor obținute cu ajutorul metodelor clinice, asigurarea caracterului reproductibil și verificabil al lor, tendința actuală este *creșterea gradului de formalizare* a acestora și *utilizarea unor instrumente de măsură*. Afirmatia lui Castarède (1983) este lămuritoare :

„... introducerea măsurii permite toate operațiile considerate științifice /.../. Psihanaliștii, dacă într-un anumit număr de cazuri ar fi supus materialele lor tratamentelor de acest tip, ar fi scăpat de criticile, uneori justificate, de empirism și aproximare... Astfel, datorită analizei de conținut, se poate merge mai departe în investigarea unui interviu sau a mai multor interviuri și să se descopere ceea ce nici intuiția și nici ascultarea inconștientului nu sunt capabile să determine în mod precis. Procedând astfel, devenim capabili să «dovedim», adică să supunem concluziile noastre verificării celorlalți și, eventual, să le generalizăm» (Castarède, 1983, cf. Reuchlin, 1992, p. 214).

Tendențele de formalizare și măsurare a datelor clinice au condus, în afara dezvoltării unor tehnici de analiză de conținut, și la alte cercetări interesante și utile. În continuare, ne vom referi la câteva dintre acestea :

Planurile de cercetare cu caz unic. Planurile de cercetare de acest tip își propun să depășească limitele studiului de caz tradițional prin definirea clară a variabilelor studiate, măsurarea acestora și utilizarea unui aparat statistic descriptiv și inferențial.

Planurile cu caz unic vizează *precizarea relației cauzale existente între variabilele independente, pe de o parte, și variabilele dependente, pe de altă parte, studiind un singur subiect sau un grup de subiecți considerat ca subiect unic*. În aceste planuri, demonstrarea eficienței unei intervenții nu se mai face în baza unui grup de control – ca în cazul planurilor experimentale –, dar nici în baza unei analize intuitive, comprehensive a datelor furnizate de subiect în cursul unui interviu – ca în studiile de caz tradiționale – ci în baza unei comparații sistematice a valorilor variabilelor dependente (comportamentul subiectului) înainte și după introducerea variabilei independente (intervenția terapeutică). Analiza detaliată a comportamentului subiectului este o componentă importantă a acestei abordări.

Descrierea statistică a datelor clinice. Vom ilustra această tendință prin prezentarea cercetării lui F. Bacher (1957) cu privire la resursele aplicării statisticii la analiza dosarelor de consiliere școlară.

Un sfat privind orientarea școlară/profesională poate fi dat pe baza unui dosar în care figurează informații diverse obținute în cursul convorbirii cu copilul, părinții, prin aplicarea unor probe psihologice (teste, chestionare) etc. F. Bacher a codificat sub forma a 70 de variabile un mare număr de informații care figurau în astfel de dosare și și-a propus să analizeze structura informațiilor grupate în acest fel. Culegerea și utilizarea informațiilor permit – în principiu – evidențierea unor asociații între variabilele cu ajutorul cărora au fost descrise dosarele. Valorile unor variabile, existența unor asociații între acestea capătă importanță pentru un individ doar prin raportarea lor la caracteristicile informațiilor obținute la nivelul populației din care face parte individul respectiv. Dificultățile și limitele unui astfel de demers sunt legate de limitele tehnicilor de măsurare utilizate (cel mai adesea se utilizează scări nominale) precum și de posibilitatea redusă de prelucrare statistică a lor.

Studii comparative privind predicțiile clinice și statistice. Clinicianul care dispune de un ansamblu de informații este pus în situația de a formula implicit sau explicit un prognostic în funcție de un anumit criteriu: succesul școlar, eficiența unei intervenții terapeutice, probabilitatea unei recidive în cazul eliberării condiționate a unui delicvent etc. Pentru formularea unor astfel de predicții, informațiile pot fi prelucrate în două moduri principale: *clinic* și *statistic*. Prognosticul clinic are la bază experiența și intuiția clinicianului în timp ce prognosticul statistic are la bază analiza regresiei multiple care permite anticiparea „scorurilor” unei variabile pe baza informațiilor furnizate de alte variabile.

Acuratețea predicțiilor clinice și statistice a fost studiată de mulți cercetători. Metoda cea mai utilizată a fost aceea de a obține informații din dosarele unui număr de pacienți al căror diagnostic era cunoscut și de a prezenta informațiile clinicienilor sub forma unor scoruri la teste, rapoarte etc. Sarcina clinicianului era de a citi descrierea cazului și de a formula un diagnostic. Deoarece diagnosticul real era cunoscut pentru fiecare caz dinainte, era posibilă evaluarea directă a preciziei evaluării diagnostice. În mod similar, scorurile la diferite teste pot fi combinate prin utilizarea unei tehnici statistice precum regresia multiplă și diagnosticul anticipat – comparat cu diagnosticul real.

Într-o lucrare de referință, Meehl (1954) a examinat 20 de studii care comparau acuratețea predicțiilor clinice și statistice. El a tras concluzia că, în majoritatea cazurilor,

metodele statistice au produs predicții care au fost cel puțin la fel de precise ca predicțiile clinice și că ele au fost deseori mai precise decât evaluările unor profesioniști antrenați. Desigur că aceste rezultate au stârnit reacții din partea clinicienilor. În general, contestarea rezultatelor respective s-a realizat cu următoarele argumente :

- sarcina clinicianului în studiile care au demonstrat superioritatea predicțiilor statistice a fost diferită de sarcina lui din cadrul activității obișnuite : clinicienii nu formulează diagnostice doar în baza unor scoruri sau a citirii unor scurte descrieri, ci în baza unei interacțiuni prelungite cu pacientul, care îi permite accesul direct, în baza observației, la informații necodificabile ;
- criteriul utilizat pentru evaluarea acurateții predicțiilor clinice, dar și a celor statistice a fost corelația dintre evaluarea realizată și cea reală. Modelele statistice sunt desemnate să maximizeze această corelație ; clinicianul nu poate fi mai bun decât modelele statistice fără să aibă acces la informații care nu sunt codificate statistic (de pildă, observarea clientului).

La aceste argumente ar putea fi adăugată și imposibilitatea de a separa rolul clinicianului în colectarea informațiilor în vederea formulării unui diagnostic. Or, majoritatea studiilor citate de Meehl și de alți autori s-au concentrat exclusiv pe acuratețea metodelor clinice și statistice de integrare a datelor și nu au acordat nici o atenție metodelor clinice de colectare a datelor sau interacțiunii dintre metodele de colectare a datelor și cele de integrare, prelucrare a lor.

Sawyer sugerează că dezbaterea clinic-statistic este oarecum artificială. Aspectul cel mai important rămâne acuratețea predicțiilor clinice, nu metoda prin care acestea sunt realizate. De aceea, mult mai importantă decât încercarea de a decide care este metoda cea mai bună, rămâne determinarea modului în care să se utilizeze mai bine fiecare metodă pentru a îmbunătăți acuratețea predicțiilor clinice și deciziilor. Clinicienii pot să se centreze pe colectarea unor anumite date cu ajutorul interviului și observării comportamentului, în timp ce testele obiective pot fi mai potrivite pentru predicția unor psihopatologii specifice ori a altor criterii de diagnostic sau tratament ! Evaluarea clinică este importantă pentru a decide care teste sau ce tip de informații sunt relevante, în timp ce metodele statistice pot fi mai potrivite pentru a evidenția tendințele informațiilor obținute de la un anume individ.

Modelarea raționamentului clinic în baza teoriei deciziei în situație de incertitudine, apariția unor programe computerizate pentru realizarea unor interviuri clinice sunt, și ele, expresia complementarității abordărilor clinice și experimentale și a tendințelor de integrare a acestora.

Capitolul IV

OBSERVAȚIA

„Psihologia este știința comportamentului observat.”
Ghiglione

1. Definiție	65
2. Observația sistematică directă	67
3. Metodele observației	81
4. Scurte considerații psihometrice	93
5. Procese psihologice și psihosociale implicate în activitatea observativă	94

Capitulum IV

OBSERVATIA

1. Definiție

Observația este definită ca „*acțiunea de a privi cu atenție ființele, lucrurile, evenimentele, fenomenele pentru a le studia, supraveghea și a trage concluzii asupra acestora*” (Petit Larousse, 1998). Ca metodă științifică, observația constă în „*înregistrarea sistematică, prin simțuri, a caracteristicilor și transformărilor obiectului studiat*” (Doron, Parot, 1999, p. 547). Această definiție evidențiază că observația nu este un act pasiv, ea se prelungește cu un comportament reflexiv, de clasificare și sistematizare. A observa nu înseamnă doar a identifica un obiect, un comportament, ci și a-l clasifica, a-l introduce într-o anumită categorie. Actul clasificării asociază faptului observat o anume idee.

„*Observatorul trebuie să fie fotograful fenomenelor*” spune C. Bernard (1984, p. 113) – reducând astfel observația la o simplă înregistrare, considerând că doar astfel această metodă poate furniza informații obiective. Dar fotograful sau cineastul care înregistrează realitatea în direct, pe „viu” ne oferă o imagine *obiectivă* a acesteia? Bineînțeles că nu. Fotograful își alege un anume unghi, se află într-un anume loc, își alege sensibilitatea filmului, lumina, planurile etc. „Harta nu este teritoriul” spune Korzybsky, imaginea despre realitate nu este realitatea. Observația este expresia unei selecții conștiente sau inconștiente și se desfășoară totdeauna într-un context complex: cel al situației și cel al atitudinilor (conștiente sau nu) ale celui care observă.

A observa nu înseamnă a vedea, ci mai degrabă a înțelege, a analiza și organiza realitatea care intră sub incidența simțurilor noastre.

Atunci când „vedem”, obiectele se impun privirii noastre; când observăm – dezvoltăm o atitudine activă, căutăm, selectăm. Putem vedea fără să ne punem întrebări și formula ceea ce vedem într-un limbaj obișnuit care nu este totdeauna foarte precis. Când observăm, mergem mai departe. Observația presupune și interogații în legătură cu ceea ce se observă. Observând, cercetătorul își propune să denumească într-o manieră cât mai precisă ceea ce vede și adoptă o atitudine particulară – căutarea sensului. *Observația are ca scop înțelegerea*; dacă, de exemplu, cineva solicită un anume ajutor – cercetătorul se interoghează asupra cauzelor și consecințelor dificultăților sale sau asupra felului în care acesta solicită ajutorul. Trebuie, totuși, să reținem că această înțelegere este în mod necesar parțială. Ea depinde de numărul de elemente pe care le pot observa, de cadrele de referință utilizate pentru degajarea unei anume logici etc. Prin observație noi organizăm ceea ce vedem pentru a putea răspunde la întrebările care au generat activitatea de observație. Observând, realizăm simultan două acțiuni: analizăm, disecăm fapte sau situații, apoi le reconstruim, le caracterizăm, le atribuim un anume sens.

În observație, cercetătorul (personalitatea lui) este cel mai important „instrument”: cu ajutorul lui sunt adunate informațiile, înțelese, analizate și organizate. Acest fapt asigură observației, în egală măsură, resurse și limite deosebite.

Prin urmare, observația științifică este totdeauna o observație polemică întrucât ea confirmă sau infirmă o teză anterioară (G. Bachelard). Spre deosebire de observația

empirică, spontană, observația științifică – după cum am menționat – are la bază anumite ipoteze și întrebări iar cercetătorul își va limita observația la variabilele care intră în formularea ipotezelor sau întrebărilor sale. Acest fapt asigură caracterul organizat și sistematic al observației științifice, dar prezintă și anumite riscuri – nu găsim decât ceea ce căutăm și nu căutăm decât ceea ce corespunde credințelor, așteptărilor și convingerilor noastre (fundamentate științific sau nu). De aceea tot mai mulți autori afirmă importanța sensibilității observatorilor la fapte neașteptate, uneori aberante, care pot conduce la dezvoltarea și extinderea unei teorii existente. Robert K. Merton numește acest fapt „serendipitate”. Totuși, așa cum afirmă R. König, „nu observația naivă a unui observator naiv, ci dimpotrivă observarea naivă a unui observator instruit” constituie *serendipity pattern* (cf. S. Chelcea, 1975, p. 70). De aceea suntem de acord cu M. Reuchlin când afirmă că observația științifică trebuie să utilizeze totdeauna „ipoteze complet explicite” chiar dacă prin serendipitate pot fi formulate ipoteze noi.

În general, se face o deosebire între observația directă și cea indirectă. Definiția dată observației la începutul acestui capitol se referă îndeosebi la observația directă. Reținem din această definiție că *observația directă* se desfășoară cu ajutorul simțurilor. Prin urmare, ea este *noninstrumentală*, adică nu utilizează instrumente. De aceea, faptele pe care ne propunem să le observăm trebuie să fie „observabile”, adică să aibă o existență fizică sesizabilă cu ajutorul simțurilor.

Observația indirectă evidențiază mult mai clar caracterul activ și reflexiv al observației, deoarece implică o serie de inferențe și ipoteze (M. Bunge, 1984). De exemplu, rotația unui anemometru ne informează despre viteza vântului, înroșirea pielii unei persoane, despre existența unor emoții etc. În aceste cazuri, un eveniment sau o proprietate fizică sunt considerate ca simptome sau semne naturale ale existenței altui obiect inaccesibil percepției directe. Descoperirea indicatorilor sau semnelor obiectivante ale lucrurilor, proprietăților sau evenimentelor inaccesibile percepției directe este sarcina majoră a științei. O proprietate observabilă este *indicatorul fidel* al unei alte proprietăți doar dacă între acestea două există o relație constantă, astfel încât orice schimbare observabilă a primului element al relației poate fi atribuită unei anume schimbări a celui de-al doilea. Se poate spune, astfel, despre proprietatea, existența sau valoarea a ceea ce este inferat în acest fel că sunt *indirect observabile*. Deci observația indirectă este posibilă doar cu ajutorul unei teorii. Cu cât teoria este mai precisă cu atât mai exactă va fi inferența.

Dacă o persoană plânge, putem trage concluzia că este tristă în baza postulatului analogiei manifestărilor mele cu ale celorlalți oameni.

Celeste (1993) introduce în categoria observației indirecte și tehnicile în care culegerea de informații este realizată nu de către cercetător, ci de alte persoane. Aceste „alte persoane” pot fi chiar subiecții înșiși care vor trebui să răspundă la un chestionar sau să participe la un interviu. În acest ultim caz, observația cercetătorului este indirectă întrucât se bazează pe *introspecția* realizată de persoanele investigate. Pot fi utilizați și alți intermediari – părinți, educatori, colegi etc. – care în baza relațiilor pe care le au cu subiecții cercetați pot furniza informații utile. Nu totdeauna putem diferenția cu ușurință între caracterul direct sau indirect al unei observații: ceea ce este „direct” la un anume nivel devine „indirect” la un alt nivel.

Nu trebuie să opunem observația experimentului. În cazul experimentului, situația este în întregime provocată și organizată de către cercetător cu scopul verificării unor

ipoteze. În acest context bine definit cercetătorul observă, într-o manieră organizată și sistematică, comportamentele provocate.

Vom deosebi *observația ca metodă de cercetare* care vizează obținerea unor date „obiective”, precise, reproductibile și verificabile de *observația clinică* ce-și propune descrierea unui subiect în singularitatea lui.

2. Observația sistematică directă

2.1. Ce observăm ?

Pentru a se delimita de abordarea reflexivă, speculativă a filosofilor și a face din psihologie o disciplină științifică, asemenea științelor naturii, psihologii au instituit *comportamentul* ca obiect principal al studiului lor. *Comportamentul este ansamblul actelor – produse de om sau animal – accesibile observației directe.* Trebuie să subliniem diversitatea manifestărilor ce pot fi reunite sub eticheta „comportament”. După J.-P. Beaugrand, noțiunea de comportament se referă la „orice activitate caracteristică a unui organism viu posedând un sistem nervos individual care antrenează modificări spațio-temporale observabile” (1988, p. 278).

Conținutul acestei noțiuni este extrem de divers și se situează la diverse niveluri : *neurofiziologic* – a roși, a transpira ; *motric* – a ridica un braț, a întoarce capul ; al *tranzacțiilor* individului cu mediul fizic – a închide o ușă, a ocoli un obstacol ; al *tranzacțiilor între indivizi* – a răspunde la salut, a amenința etc.

După cum sublinia P. Watzlawick, comportamentul are o proprietate atât de generală încât, de cele mai multe ori, nu o observăm : nu există „non-comportament” sau, cu alte cuvinte, nu putem să nu ne comportăm : în orice moment un organism viu – pentru a se adapta la mediu și a supraviețui – produce un comportament.

Din dorința de a face descrieri cât mai exacte și a furniza explicații verificabile, psihologii comportamentişti (behaviorişti) au dorit să limiteze comportamentul la răspunsurile musculare sau glandulare provocate de stimulii senzoriali. Totuși, a face psihologia „mai științifică” printr-un astfel de demers centrat pe aspecte elementare ale comportamentului implică riscul de a obține rezultate contrare, întrucât sunt neglijate caracteristicile esențiale ale activității : organizarea și finalitatea. Pentru a putea răspunde la întrebările pe care și le pune, psihologul trebuie să-și situeze observația de cele mai multe ori la un nivel care integrează organizarea și finalitatea comportamentelor. În acest caz, noțiunea cea mai potrivită este cea de *conduită*. Aceasta poate fi definită ca „ansamblul de acte (de răspunsuri în sens behaviorist) caracterizate printr-o organizare impusă de finalitatea urmărită, conștient sau nu, rațional sau nu, de către organism” (Reuchlin, 1977).

O dată cu dezvoltarea tehnicilor de psihoterapie cognitiv-comportamentală – tot mai mulți psihologi nu mai utilizează termenul de comportament doar cu referire la manifestările motorii direct observabile, ci includ în sfera noțiunii de comportament și alte două tipuri de manifestări : *gândurile* sau comportamentul cognitiv și *sentimentele*, emoțiile sau comportamentul psiho-emoțional. Astfel, conform teoriei celor trei sisteme (Lang), anxietatea unui individ se poate manifesta la nivelul comportamentului motor – evita

obiectul anxiogen, al comportamentului cognitiv – „Nu voi reuși ! ” și al celui emoțional și fiziologic – frică, palpitații.

Evaluarea clinică promovată de terapia cognitiv-comportamentală presupune o extindere a definiției comportamentului. În multe abordări clinice este observat nu numai comportamentul-țintă (cel care constituie obiectivul principal al evaluării), ci și antecedentele și consecințele acestuia. Ele sunt considerate variabile importante care controlează comportamentul avut în vedere. (În capitolul destinat observației clinice vom detalia aceste aspecte).

Indiferent de nivelul de analiză al comportamentului și de obiectivele (clinice, de cercetare științifică etc.) evaluării acestuia, în cazul în care este utilizată observația, trebuie avute în vedere următoarele etape :

1. Selectarea și definirea comportamentului-țintă în termeni concreți, observabili.
2. Utilizarea unor proceduri sistematice, standardizate, pentru observarea comportamentului și înregistrarea observațiilor într-o manieră adecvată.

2.2. Selectarea și definirea comportamentelor

Observația și definiția sunt două noțiuni strâns legate. Astfel, *definițiile operaționale* au la bază procedee valide de observație :

„La fel ca în instrucțiunile de călătorie, limbajul cercetării științifice empirice este alcătuit din instrucțiuni care sunt *descripții* (s. m.) ale seturilor de operații pe care cineva trebuie să le urmeze” (J.L. Simon, 1969, p. 15).

Pentru a defini și identifica un comportament trebuie, mai întâi, ca cercetătorul să definească proprietățile pertinente pe care se sprijină recunoașterea primelor regularități sau unități comportamentale și eventuala includere a acestora într-o categorie.

A identifica înseamnă, de cele mai multe ori, a recunoaște un obiect și a-l introduce într-o clasă adecvată. Trebuie să distingem, în acest context, identificarea făcută în momentul observației, care utilizează clase definite deja în prealabil, de identificarea făcută după terminarea observației – situație în care, cercetătorul, pornind de la observațiile de bază, uneori de nivel elementar, stabilește prin regrupare date pertinente, în acord cu categoriile implicate în formularea ipotezelor.

J.P. Beaugrand (1988) consideră că identificarea comportamentelor poate fi făcută pe baza unor :

1. criterii concrete sau descriptive ;
2. criterii teoretice sau interpretative.

1. În cadrul *criteriilor concrete* deosebim criteriile referitoare la formă de cele referitoare la efecte.

Criterii referitoare la formă. Utilizarea criteriilor de structură sau formă poate fi relativ dificilă atunci când comportamentul observat este complex și rapid. Utilizarea acestor criterii presupune fragmentarea comportamentului în unități mici, elementare, fapt care conduce la obținerea unor descrieri detaliate. Descrierea foarte fină a comportamentelor poate fi deseori inutilă ; este totuși adevărat că, pornind de la acest nivel

elementar, cercetătorul se poate situa la nivelul de sinteză sau clasificare cel mai adecvat pentru cercetarea sa.

Multe comportamente sau posturi pot fi descrise în termeni formali. În general, caracteristicile formale vizează contracțiile musculare implicate în comportamentul observat, poziția membrelor sau orientarea unor structuri anatomice, vizuale, auditive. Majoritatea posturilor, gesturilor și manifestărilor motorii, a expresiilor faciale pot fi identificate pornind de la astfel de criterii.

Drumond (1981) consideră că fiecare unitate comportamentală poate fi caracterizată cu ajutorul mai multor dimensiuni formale :

- a) *Localizarea în spațiu* – locul în care se găsește individul, spre care se deplasează sau trece traiectoria sa (de exemplu, deosebim comportamentele elevilor din clasă de cele din afara clasei : de pe stradă, din sălile de spectacol etc.).
- b) *Orientarea* – poziția structurilor motrice, anatomice ale individului în relație cu alte structuri ale mediului (de exemplu a privi sau fixa un cadran – stă pe scaun aplecat în față sau orientat pe spate etc.).
- c) *Topografia tridimensională* a individului poate fi sursa unor importante regularități. Pot fi observate și notate regularități în mișcările membrelor (mișcarea ritmică a gambei în poziția stând pe scaun ; lovirea ritmică a mesei cu degetele etc.), a unor structuri (cap, sprâncene). Multe din ticurile motorii pot fi descrise prin utilizarea acestui criteriu.
- d) *Proprietăți intrinseci* ale corpului sau epidermei (schimbarea culorii, temperaturii etc.).

Criterii referitoare la efecte. Multe comportamente pot fi identificate și clasificate în funcție de efectele directe pe care acestea le au asupra mediului : deplasează, deformează, secționează, distrug sau construiesc anumite componente ale mediului. De cele mai multe ori răspunsurile comportamentale ale unei persoane la comportamentul altei persoane nu vor fi incluse în această categorie pentru că determinismul comportamentului social este complex și greu de stabilit. Se au în vedere mai ales efectele fizice ale comportamentelor ; putem include astfel aici și emiterea de sunete, mirosuri etc.

Utilizarea criteriilor referitoare la efecte situează descrierea comportamentelor la un nivel mai global. Cu o singură expresie, de exemplu, „mănâncă”, descriem un comportament complex care cuprinde multiple manifestări motorii secvențiale. În plus, utilizarea acestor criterii ne permite să includem în descrierea comportamentului și anumite relații între individul inițiator și contextul spațio-temporal în care acesta se află.

Dezavantajul principal este reversul avantajului menționat : situarea la un nivel mai general de descriere a comportamentului poate conduce la pierderea unor detalii și informații importante. De asemenea, cu cât descrierea comportamentului este mai generală, cu atât există riscul de a amesteca datele exterioare observate cu interpretările subiective ale observatorului.

2. Criterii teoretice și abstracte. Utilizarea acestor criterii plasează procesul observativ la un nivel și mai general. Criteriile de identificare și clasificare a comportamentelor nu mai sunt direct observabile ; ele sunt produsul *interpretării* anumitor indici concreți cu ajutorul postulatelor, ipotezelor și teoriilor. Multe din grilele de observație utilizate în

psihologie au la bază aplicarea teoriilor particulare în domeniul clinic sau al personalității, al educației etc.

Utilizarea criteriilor teoretice poate conduce, de exemplu, la clasificări *cauzale* și *funcționale*.

a) *Clasificarea după cauze* – comportamente care au aceeași cauză (cunoscută sau presupusă) sunt grupate sub aceeași etichetă.

Exemplu: *comportamente sexuale* – comportamente a căror intensitate și frecvență se află în relație cu schimbările hormonilor sexuali; *comportamente maternе* – comportamente declanșate de prezența copiilor; *comportamente de competiție* – comportamente declanșate de prezența unui rival etc.

Dacă avem în vedere structurile psihologice responsabile de producerea unor comportamente putem utiliza, de exemplu, clasificări de tipul: manifestări afective/cognitive; manifestări voluntare/involuntare etc.

Principala problemă ridicată de clasificările cauzale este *identificarea validă a cauzelor*, o problemă dificilă dacă avem în vedere determinismul complex al comportamentului uman.

b) *Clasificări funcționale*. Comportamentele au o anumită funcție: de alimentație, de apărare, sexuală etc. De exemplu, comportamentele destinate obținerii hranei sunt grupate în categoria comportamentelor alimentare. Un alt exemplu de clasificare funcțională poate fi întâlnit în psihologia industrială: comportamentele personalului dintr-o întreprindere pot avea funcții de producție, de vânzare, de cumpărare, financiare, de coordonare etc.

În practică, clasificările cauzale și funcționale se întrepătrund: deseori, comportamente cu funcții similare au efecte similare asupra mediului.

2.3. Grile de observație

Grilele sau ghidurile de observație asigură caracterul sistematic al observației. Am subliniat deja că a observa înseamnă a alege conștient sau inconștient anumite elemente din mediul supus observației; grilele de observație asigură caracterul sistematic al acestei selecții, ele devin grile de „lectură” a realității observate și transformă observația într-un „demers rațional” (R. Mucchielli, 1974).

Grilele de observație conțin mai multe unități de comportament ce urmează a fi observate. În alegerea acestor unități trebuie respectate mai multe *condiții*:

1. Unitățile trebuie să fie *discrete și exclusive*; ele se referă la un număr finit de comportamente care au în comun anumite proprietăți prin care se diferențiază net de comportamentele care aparțin altei categorii.

2. Fiecare unitate trebuie să constituie o *categorie omogenă*, adică să cuprindă doar comportamente echivalente din punctul de vedere al criteriului folosit (formă, efect, cauză, funcție etc.). Caracterul neomogen al categoriilor face dificilă, dacă nu imposibilă, identificarea regularităților, tendințelor etc. care constituie obiectivul cercetării.

3. Fiecare unitate de comportament trebuie *bine precizată și definită*. Scopul definiției este acela de a asigura fidelitatea și constanța unui instrument de măsură – în cazul nostru, observatorul – și fidelitatea interobservatori.

Definirea unităților care intră într-o grilă de observație se realizează prin selectarea *criteriilor necesare și suficiente* pentru ca un comportament să fie recunoscut și repartizat într-o categorie sau clasă de comportament. Astfel, putem defini „comportamentul alimentar” ca fiind acel comportament prin care se introduce în gură un obiect comestibil, urmat de ingestia acestuia. Neglijăm astfel o serie de informații: felul în care este introdus în gură, caracteristicile obiectelor introduse în gură etc.

Uneori, *elemente contextuale* pot fi și ele introduse în cadrul definiției categoriei. Se întâmplă deseori ca o unitate comportamentală să fie clasată sau definită diferit de altă unitate, doar pornind de la contextul în care se manifestă. Astfel, lovirea mesei în timpul unei reuniuni poate fi un comportament cu funcție comunicativă importantă, în timp ce același comportament efectuat stând singur într-o cameră poate avea o cu totul altă funcție.

Fiecare definiție trebuie să fie, pe cât posibil, clară și precisă ca să nu provoace interpretări și utilizări diferite la observatori diferiți. Totuși, multe dimensiuni, deseori esențiale pentru definiția unităților comportamentale, sunt dificil de evaluat în absența unor instrumente de măsură (de exemplu: distanța dintre indivizi, viteza de deplasare, manifestări comportamentale foarte rapide etc.).

4. *Criterii concrete sau abstracte?* Pentru definirea și identificarea unităților comportamentale care intră într-o grilă de observație pot fi folosite atât criterii concrete, cât și criterii abstracte. Dacă observația este utilizată nu în scop clinic, ci ca metodă de cercetare, se recomandă să nu se utilizeze în primele etape ale cercetării criterii abstracte. Acestea din urmă, aflându-se la un nivel de generalitate ridicat, sunt foarte stabile și greu de modificat de faptele concrete neobișnuite. În acest caz se poate ajunge ușor la un cerc vicios: nu găsim decât ceea ce căutăm, iar ceea ce găsim poate fi ușor asimilat de teoria care a orientat căutarea. Un cercetător – spune D.W. Fiske – nu trebuie să-și înceapă cercetarea cu concepte abstracte, care nu pot fi adecvat măsurate și care, prin urmare, ar putea fi greu modificate în lumina rezultatelor empirice; el are alternativa începerii prin a identifica acțiunile despre care crede că sunt importante în structura comportamentului (D.W. Fiske, 1978).

În cazul în care se utilizează criterii concrete, există posibilitatea unor reinterpretări și din perspectiva altor teorii decât a celor la care cercetătorul a aderat inițial. Astfel, unele categorii ar putea avea o conotație cauzală sau funcțională: vorbind de „amenințare” în legătură cu comportamentul unui individ sugerăm o funcție, în timp ce notând „strânge pumnul, ridicându-l” vorbim despre același comportament, dar fără conotația funcțională.

5. *Numărul de unități dintr-o grilă de observație* trebuie să fie limitat în funcție de obiectivele cercetării. Este dificil să observi și să notezi un număr mare de unități de observație. Putem discuta aici și tendința spre multiplicare sau fuzionare a unităților de comportament. Multiplicarea unităților prin utilizarea de criterii din ce în ce mai analitice, mai concrete, sporește șansa descoperirii de noi relații între diverse comportamente; această atitudine este utilă atunci când cercetătorul își începe cercetarea fără ipoteze precise. În cazul în care se dovedește că anumite criterii utilizate pentru a diferenția între diverse comportamente se dovedesc nerelevante, categoriile pot fi unite în altele mai

generale. Dar dacă cercetarea începe cu categorii prea generale nu vom ști niciodată ce informații am pierdut, întrucât ele nu pot fi împărțite post factum în categorii mai specifice.

6. *Timpul – ca element al definiției unităților comportamentale.* Anumite comportamente au tendința să se manifeste într-o manieră repetitivă. În acest caz ne punem întrebarea dacă vom nota o singură apariție sau toate aparițiile diferite. Dacă, de exemplu, o categorie a grilei de observație a comportamentului unui copil cuprinde manifestările ludice ale acestuia, observatorul va trebui să-și pună mai multe întrebări: va nota la rubrica respectivă orice manipulare a unei jucării, va considera că are altă unitate comportamentală doar când copilul va trece la o altă jucărie? Cât timp va trebui să treacă de la o secvență comportamentală la alta pentru a considera că jocul a fost întrerupt?

Pentru ca toți observatorii să dea aceleași răspunsuri la aceste întrebări, în astfel de situații definițiile unităților comportamentale trebuie să conțină și informații temporale: dacă un comportament este considerat ca fiind un eveniment punctual sau ca având o anume durată. După cum notează D.W. Fiske (1978), începutul și sfârșitul unui comportament sunt momente deosebit de importante deoarece ele pot fi stimuli pentru alte comportamente. De aceea identificarea unui comportament observat necesită două aprecieri distincte: prima – că acest comportament a început, și a doua – că acesta s-a terminat.

Sfârșitul unui comportament poate fi de cele mai multe ori începutul altui comportament (deoarece, după cum am mai spus, „noi nu putem să nu ne comportăm” – P. Watzlawick). De aceea putem reduce problema la determinarea sfârșitului unui comportament. Beaugrand consideră că o activitate este întreruptă când:

- începe o altă activitate;
- când se schimbă locul sau obiectul activității;
- când intervine o pauză sau un interval de timp mai lung decât cel considerat ca necesar și suficient pentru a separa două ansambluri comportamentale.

În funcție de criteriile de alegere și definire a unităților de comportament incluse într-o grilă de observație, acestea pot fi de mai multe tipuri (S. Chelcea, 1975):

- Din punctul de vedere al *gradului de cuprindere* a realității, sistemul de categorii poate fi *exhaustiv* – când toate actele comportamentale ale subiecților observați vor fi clasificate în categoriile stabilite, sau *nonexhaustiv* când grila de observație realizează o selecție a comportamentelor manifestate de subiecții observați. O grilă economică este o grilă nonexhaustivă și se utilizează în cercetări care debutează cu ipoteze bine precizate.
- După *gradul de reflecție* impus de sistemul de categorii la înregistrarea datelor de observație, acesta poate fi *înalt* sau *mediu*. Cu cât gradul de abstractizare al criteriilor utilizate în definirea unităților comportamentale este mai mare, cu atât gradul de solicitare a capacității de reflecție, înțelegere și decizie a observatorului este mai mare. Referindu-se la acest aspect, R. Mucchielli (1974) nota că metodologia observației oscilează între două extreme: „să transforme observatorul în înregistrator, dacă se poate, automat... sau să i se atribuie posibilitatea de a aprecia, înțelege și decide”.
- În funcție de numărul cadrelor de referință utilizate pentru stabilirea categoriilor, grilele de observație pot fi *unidimensionale* sau *multidimensionale*. Primul tip de

grilă selectează comportamente omogene din punctul de vedere al criteriului sau cadrului de referință utilizat, în timp ce grilele multidimensionale surprind comportamente cu atât mai eterogene cu cât numărul de criterii și cadre de referință este mai mare.

- în cadrul grilei, categoriile pot fi *continue* sau *discontinue*, după cum permit sau nu ordonarea lor ca intensitate. Deoarece evaluarea intensității presupune un anume reper sau cadru de referință, categoriile continue se întâlnesc de regulă în cadrul scărilor unidimensionale.

Câteva exemple din literatura de specialitate pot ilustra, credem, problemele pe care le ridică construirea și utilizarea grilelor de observație, limitele și resursele acestora ca instrumente de cercetare.

Probabil, cea mai cunoscută grilă de observație este grila lui R.F. Bales (1951) utilizată pentru studiul interacțiunii din cadrul discuțiilor de grup. Simplitatea grilei este unul din principalele sale atuuri; în urma unor cercetări laborioase (1946-1949), Bales a reținut din cele 85 categorii inițiale un număr de 12 categorii ordonate pe două dimensiuni: valența socio-afectivă (pozitivă, negativă) și tipul de intervenție (pune întrebări/ofere răspunsuri). (Vezi tabelul nr. 1.)

Tabelul nr. 1 – Grila de observație utilizată de R.F. Bales pentru studiul proceselor de interacțiune în cadrul discuțiilor de grup.

A. Valența socio-afectivă (reacții pozitive)	1. Manifestă solidaritate, încurajează, ajută, îi valorizează pe ceilalți.
	2. Destinde atmosfera, glumește, râde, se declară mulțumit.
	3. Își exprimă acordul, acceptă tacit, înțelege.
B. Tipul de intervenție (răspunsuri)	4. Face sugestii, indică o direcție respectând libertatea celorlalți.
	5. Formulează opinii, analizează, își exprimă dorințele.
	6. Orientează, informează, repetă, confirmă.
C. Tipul de intervenție	7. Solicită o orientare, informație, repetare, confirmare.
	8. Solicită o opinie, evaluare, analiză, exprimarea unui sentiment.
	9. Cere sugestii, direcții, mijloace de acțiune posibile.
D. Valența socio-afectivă (reacții negative)	10. Dezaprobă, refuz pasiv, nu oferă ajutor.
	11. Manifestă tensiune, frustrare, se retrage de la discuție.
	12. Antagonism: opoziție, îi denigrează pe ceilalți, se afirmă pe el însuși în defavoarea celorlalți.

Grila lui Bales are un caracter *exhaustiv* din punctul de vedere al obiectivului urmărit (interacțiunea în cadrul discuțiilor de grup), este bidimensională deoarece vizează atât comportamentul afectiv, cât și pe cel cognitiv, iar categoriile utilizate nu pot fi ordonate pe o singură axă funcție de intensitatea interacțiunii pe care o exprimă (de exemplu, comportamentele din categoria 3 – „Își exprimă acordul, acceptă tacit, înțelege.” – nu exprimă o participare mai intensă decât comportamentele din categoria 6 – „Orientează, informează, repetă, confirmă.”).

Această grilă utilizează criterii aflate la un nivel ridicat de abstractizare și de aceea solicită din partea observatorului un înalt grad de reflexie. De exemplu, experiența, capacitatea de înțelegere a observatorului vor influența decizia acestuia dacă un comportament exprimă „acceptare tacită” sau „refuz pasiv”. Trebuie să reținem că grilele de observație cu un înalt grad de reflecție trebuie utilizate de observatori bine antrenați, experimentați. În caz contrar, fidelitatea lor poate să se apropie de valori care să pună sub semnul întrebării adevărul rezultatelor cercetării.

Exemplul următor se referă la o grilă de observație care utilizează criterii mult mai concrete și care, prin urmare, solicită mai puțin capacitatea de decizie a observatorului. (Vezi tabelul nr. 2.)

Tabelul nr. 2 – *Grilă de observație a aspectelor verbale ale interacțiunilor*
(A. Primel și R. Plety, 1923, după A. Weil-Barais, 1997).

1. Orientarea bustului	<ul style="list-style-type: none"> - poziție care urmează orientarea scaunului - orientat spre partener - orientat sau aplecat spre alte obiecte decât partenerul 		
2. Orientarea capului	<ul style="list-style-type: none"> - orientat sau aplecat spre partener - altă direcție 		
3. Contact fizic	- atinge partenerul		
4. Gestualitate extra-comunicativă	autocontact	ochi	înfundare
			frecare
		degetele mâinilor	
	alte		
	manipulare de obiecte		
	ritmică	balansare ritmică	cap bust picioare brațe, mâini alte
5. Gestualitate comunicativă	mișcări repetitive particulare		
	de confort		
	cvasilingvistică		
	gesturi coverbale	referențiale	demonstrative
			ilustrative
			paraverbale
		expresive	

5. Gestualitate comunicativă	sincronizatori regulatori	verbali vocali gestuali verbali + gestuali vocali + gestuali
------------------------------	------------------------------	--

Citind o astfel de grilă, devine din ce în ce mai evidentă necesitatea definirii oricărei categorii din cadrul grilei și, eventual, ilustrarea definițiilor cu ajutorul unor exemple concrete.

Cu cât comportamentul observat este mai complex, cu atât utilizarea unei grile de observație ridică mai multe probleme. De aceea se recomandă ca definițiile să fie însoțite și de exemple concrete. Acestea facilitează deciziile observatorului privind introducerea comportamentelor observate într-o categorie sau alta, și cresc fidelitatea și validitatea grilei utilizate. Grila de observație utilizată de Romano și colab. (1991) pentru observarea interacțiunii dintre pacienții cu dureri cronice și soții/soțiile lor poate ilustra această afirmație. (Vezi tabelul nr. 3.)

Tabelul nr. 3 – După R.I. Lanyon & L.D. Goodstein (1997), p. 132.

Comportament	Descriptori	Exemple
Durere nonverbală	Expresii faciale ale durerii: mișcări lente sau restrictive; expresii para-verbale ale durerii; utilizarea unor suporturi; masarea unor părți ale corpului.	Grimase, mers schiopătat, utilizarea unei cârje.
Durere verbală	Afirmații indicând durere, limitări funcționale etc.	„N-aș urca asta din cauza spatelui...” „Ah, mă doare...”
Solicitudine	Expresii verbale prin care ceilalți se interesează de condiția fizică sau confortul persoanei; ofertă de asistență; comportament ce descurajează pe celălalt să facă o activitate; asistență fizică sau ajutarea celui alt să-și îndeplinească sarcinile.	„Ești sigur că poți face asta cu spatele tău?” „Lasă-mă să te ajut...” „Voi face eu asta.” Tu odihnește-te...”
Comportament facilitativ	Complimente, felicitări, încurajări, laude, comportamente (altele decât cele de solitudine sau durere) însoțite de afecte pozitive.	„Arăți grozav!” „Știi că poți face asta...”

Comportament	Descriptori	Exemple
Comportament agresiv	Expresii de dezaprobare, de neplăcere, orientate spre celălalt: amenințări, certuri, refuzuri sau cereri, comportamente (altele decât cele legate de durere) însoțite de stări afective aversive (iritare, mânie, expresii sarcastice).	„Nu știi despre ce vorbești...!” „Fă singur treaba asta!”
Tristețe, epuizare	Plângeri indicând neplăcere în raport cu obiecte, situații și persoane (altele decât soțul sau soția); comportamente (altele decât durere sau solicitudine) însoțite de efecte disforice, anxietate.	„Sunt cu totul nemulțumit de serviciul meu!” „Mă simt mizerabil astăzi!” „Nu pot face nimic bun.”

2.4. Procedee de înregistrare și eșantionare

Înregistrarea comportamentelor se află într-o strânsă legătură cu definirea și codificarea lor. De asemenea, alegerea tipului de înregistrare precum și a caracteristicilor comportamentale ce vor fi înregistrate influențează modalitățile ulterioare de prelucrare și interpretare a datelor.

Procedurile de înregistrare depind de tipul de observație practicat: observație directă realizată de cercetător sau autoobservație. În continuare vom prezenta câteva proceduri de înregistrare specifice acestor tipuri de observare.

2.4.1. Proceduri de înregistrare specifice observației directe

a) *Înregistrări calitative.* Multe din informațiile valoroase din punct de vedere psihologic există sub forma unor descrieri referitoare la anumite patternuri comportamentale. Această modalitate de înregistrare se întâlnește frecvent în observația naturală și în studiile de caz. Rezultatele activității observative realizate de J. Piaget cu privire la rezolvarea problemelor de către copii sunt prezentate, de cele mai multe ori, sub forma unor descrieri. Pentru ilustrare prezentăm următorul fragment:

„Obs. 2. – A doua zi după naștere, Laurent apucă sfârșul cu buzele, fără să fie nevoie ca cineva să i-l țină în gură. El îl caută imediat atunci când sânul îi scapă din pricina vreunei mișcări. Tot în ziua a doua, Laurent începe să schițeze un supt în gol între mese, repetând astfel mișcărilor impulsive din prima zi: buzele se întredeschid și se închid ca pentru un supt adevărat, deși este lipsit de obiect” (Piaget, 1973, p. 34).

Comportamentele importante descrise într-o manieră sistematică pot servi ca bază pentru o teoretizare de tip inductiv sau pentru construirea unor ipoteze.

b) *Contabilizarea răspunsurilor comportamentale.* Una dintre procedurile de înregistrare și măsurare frecvent utilizate în domeniul observației o constituie, pur și simplu,

contabilizarea numărului de ori în care un anumit răspuns comportamental se manifestă. În literatura psihologică există numeroase exemple de utilizare a acestei proceduri. Având o grilă de observație, cercetătorul bifează în rubrica repartizată unui comportament anumite ori de câte ori acesta apare.

Istoric vorbind, frecvența răspunsurilor a fost variabila dependentă cea mai des studiată în domeniul învățării, condiționării operante și memoriei. Tolman, Skinner și alți teoreticieni ai condiționării operante utilizează frecvența unor comportamente ca variabilă dependentă principală în studiile lor referitoare la rolul recompensei în învățare; primele studii asupra memoriei realizate de Ebbinghaus (1885) au utilizat ca variabilă dependentă numărul de silabe fără sens reproduse de către subiecți dintr-o listă prezentată anterior acestora.

Acest tip de înregistrare nu se limitează doar la domeniile menționate. De pildă, el poate lua forma contabilizării numărului de persoane care manifestă un anumit răspuns sau o însușire, ori a numărului de răspunsuri comportamentale manifestate de subiecți în diverse contexte sociale.

c) Înregistrarea unor caracteristici temporale. Beaugrand enumeră câteva caracteristici temporale ale comportamentelor:

- *frecvența* – numărul de apariții ale unui comportament într-o unitate de timp; acest indicator este derivat, evident, din înregistrările menționate la punctul b);
- *secvența* – suită ordonată de comportamente; relație temporală între comportamente;
- *durata* – cantitatea de timp scursă între începutul și sfârșitul unui comportament;
- *latența* – cantitatea de timp scursă între debutul perioadei de observare sau a prezenței unui stimul și un comportament;
- *intervalul* – cantitatea de timp scursă între sfârșitul unui comportament și începutul altuia.

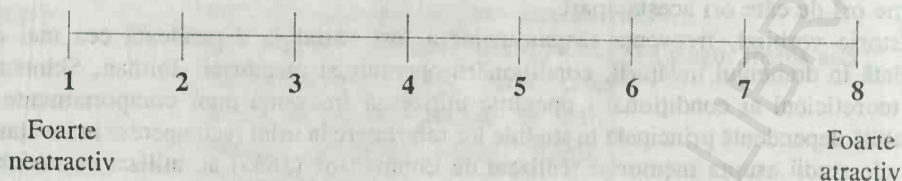
Caracteristicile temporale care vor fi înregistrate depind de obiectivele studiului, de tipul de observație, de dispozitivele tehnice utilizate. Este evident că o interpretare operată asupra duratelor va conduce la concluzii diferite decât una centrată pe frecvențe; în același timp, durata unui comportament poate fi mai semnificativă – în raport cu obiectivul cercetat – decât frecvența lui.

d) Înregistrarea intensității comportamentelor. Utilizându-și imaginația, cercetătorul poate înregistra intensitatea cu care subiecții manifestă anumite răspunsuri comportamentale. În studiile sale asupra structurii personalității, Allport (1933) a inclus, în mod obișnuit, înregistrări privind intensitatea, precum intensitatea vocii, presiunea scrisului, presiunea mâinii relaxate etc.

e) Evaluarea unor atribute. Tehnicile de înregistrare și măsurare menționate mai sus se referă la răspunsuri comportamentale. Ele au la bază observarea unor răspunsuri specifice sau scări care reflectă direct răspunsuri specifice. Deseori, cercetarea psihologică depășește domeniul comportamentelor specifice, propunându-și să evalueze diverse caracteristici.

Uneori, în acest scop, se utilizează scări de evaluare alcătuite dintr-o listă de control care vizează prezența sau absența unor caracteristici. Alte scări au mai multe grade de

intensitate. Într-o cercetare privind efectul atractivității fizice asupra comportamentului persoanelor de sex opus, Walster, Aronson, Abrahams și Rottman (1966) au evaluat fiecare dintre subiecții lor utilizând următorul tip de scală :



Atunci când sunt utilizate mai multe scări pentru a evalua o trăsătură, se poate ajunge la o singură valoare a trăsăturii respective prin adunarea sau efectuarea mediei scorurilor obținute.

2.4.3. Proceduri de înregistrare specifice autoobservației

Atunci când este utilizată autoobservația, subiecții primesc sarcina să înregistreze într-o manieră sistematică comportamentul lor. Apoi, cercetătorul codifică, analizează și interpretează datele comportamentale înregistrate de subiecți. Tehnicile de înregistrare cele mai frecvente în autoobservație sunt jurnalele, monitorizarea răspunsurilor comportamentale și autoraportele.

a) *Jurnalele.* Subiecților participanți la cercetare li se cere să țină jurnale cu scopul înregistrării unor comportamente diverse, cum ar fi conținutul și frecvența unor vise nocturne, alimentele consumate, comportamentul sexual etc.

Deși în majoritatea cazurilor jurnalele conțin înregistrări calitative, cercetătorul poate extrage din ele și unele informații cantitative. De exemplu, prin examinarea jurnalelor referitoare la visele nocturne se poate determina frecvența viselor cu conținut anxiogen, cu conținut sexual etc.

b) *Monitorizarea răspunsurilor comportamentale.* Multe din cercetările din domeniul modificării comportamentului au la bază autoobservația practică de subiecții înșiși. Una din tehnicile frecvent utilizate este contabilizarea numărului de ori în care cineva se angajează zilnic într-un comportament dezirabil sau indzirabil. Astfel, participanții la un program destinat să-i ajute să se lase de fumat au înregistrat numărul de țigări fumate zilnic (Kazdin, 1975). Această procedură furnizează participanților un feedback privind progresul obținut, iar cercetătorului informații utile pentru evaluarea tehnicii de modificare a comportamentului utilizate.

În alte situații se poate cere subiecților să înregistreze durata unor activități zilnice ; de exemplu, vizionarea programelor TV, pregătirea temelor școlare etc.

c) *Autoraportele.* Una dintre cele mai utilizate tehnici de producere a datelor în timpul cercetărilor constă în a cere subiecților să descrie ceea ce simt în legătură cu ceva sau atunci când privesc ceva. Este evident că descrierile furnizate au la bază autoobservația, iar acest „ceva” poate fi un stimul senzorial, un cuvânt, o imagine, o problemă socială, altă persoană sau subiectul însuși. Aceste descrieri pot lua forma exprimării acordului/dezacordului, evaluării magnitudinii, selectării unei alternative din mai multe

posibile, completării unor chestionare sau scrierii unei povești. Toate acestea au primit în literatura psihologică numele generic de *autorapoarte* (self-reports). Scările de atitudini, chestionarele de personalitate, unele din tehnicile proiective au la bază autorapoartele subiecților.

În multe cercetări, măsurarea adecvată a comportamentelor studiate este o condiție necesară verificării ipotezelor. De aceea, înregistrarea comportamentelor observate este cu atât mai eficientă cu cât favorizează utilizarea unor anume tehnici de măsurare. Se poate observa ușor că tehnicile de înregistrare prezentate sunt într-o strânsă relație cu tehnici de măsurare specifice psihologiei.

Observația se poate realiza direct, „pe viu”, sau ulterior producerii comportamentelor. În primul caz este nevoie de stabilirea unor coduri și sisteme de notare care să faciliteze înregistrarea comportamentelor și a caracteristicilor lor concomitent cu observarea acestora, în al doilea caz, observarea se realizează asupra unor înregistrări audio-video a comportamentelor care fac obiectul cercetării.

Când obiectivele cercetării sunt foarte clare și se utilizează o grilă de observație, atunci fiecare comportament inclus în grilă primește un cod numeric sau pictural. Utilizarea unor astfel de coduri facilitează notarea caracteristicilor comportamentelor observate, transferul datelor obținute către un calculator și analiza statistică a acestora.

Înregistrarea audio-video a comportamentelor și observarea lor ulterioară este o opțiune determinată de obiectivele cercetării. Înregistrările audio-video permit decodări ulterioare în funcție de cadrul (cadrele) teoretice adoptate, observarea unor detalii prin derularea lentă a imaginilor, utilizarea succesivă a mai multor criterii de identificare a comportamentelor. Observarea interacțiunilor sociale sau a unor comportamente individuale cu durată scurtă și derulare rapidă impune de cele mai multe ori utilizarea dispozitivelor de înregistrare audio-video. Totuși, utilizarea acestor modalități de înregistrare prezintă și unele inconveniente: obținerea unor imagini bidimensionale, pierderea unor detalii prin utilizarea unor obiective superangulare sau prin alegerea preferențială a unor unghiuri de înregistrare video, perturbarea subiecților de către aparatura utilizată, inclusiv de către reflectoarele utilizate pentru realizarea unei iluminări adecvate. În plus, utilizarea unei aparaturi audio-video performante poate antrena o colectare compulsivă a cât mai multor date, realizarea unor kilometri de înregistrări fără nici o legătură cu întrebările pe care și le pune cercetătorul.

2.4.4. Eșantionarea

În momentul în care cercetătorul își începe observația el trebuie să specifice foarte clar nu numai procedurile de codare și înregistrare, ci și procedurile de eșantionare a comportamentelor pe care le observă.

O bună eșantionare asigură caracterul reprezentativ al informațiilor obținute și prin aceasta generalizarea lor la nivelul tuturor comportamentelor care fac parte din categoria respectivă.

O tehnică de eșantionare frecvent utilizată este *eșantionarea timpului*; aceasta presupune ca observația comportamentelor să se desfășoare sistematic, conform unei scheme temporale prestabilite. Intervalul dintre observații este astfel stabilit încât să mărească gradul de reprezentativitate a comportamentului care se află în desfășurare și care poate fi observat și înregistrat. De pildă, într-un studiu desfășurat cu mulți ani în

urmă asupra copiilor preșcolari, Barker, Kounin și Wright (1943) au observat și înregistrat comportamentul fiecărui copil timp de un minut, la fiecare interval de cinci minute, pe parcursul unei lecții de o oră.

Desigur, cu cât observația se întinde pe o perioadă mai mare de timp, cu atât informațiile respective sunt mai reprezentative; în practică, cercetătorul trebuie să găsească cel mai bun raport între gradul de completitudine al observației și eficiența sa. Dacă cercetarea își propune evidențierea unor relații între comportamentul cercetat și unele variabile, chiar ele cu valori influențate de timp – atunci schema temporală a observației trebuie să țină cont de acest fapt. Dacă rămânem la exemplul comportamentului școlar și ne interesează influența oboselei asupra acestuia, atunci va trebui să includem în schema observației unități temporale distribuite de-a lungul întregului program școlar cotidian sau, pentru a face mai vizibilă această relație, includem în activitatea observativă unități temporale aflate la începutul și sfârșitul programului școlar zilnic. Acest exemplu ne permite să subliniem o idee deosebit de importantă: înainte de a stabili schema temporală a observației, trebuie să obținem informații cu privire la *gradul de variabilitate al comportamentului în funcție de diverse condiții* – eventual printr-o activitate observativă preliminară. Informațiile obținute ne vor permite să alegem procedura de eșantionare care să încorporeze, într-o manieră adecvată, această variabilitate.

Haynes (1978) consideră că, pentru a realiza o bună eșantionare a timpului, trebuie să avem în vedere următoarele aspecte:

- frecvența comportamentului;
- variabilitatea lui;
- specificitatea situațională a acestuia;
- posibile schimbări în timp;
- complexitatea sistemului de înregistrare.

Observarea comportamentelor cu frecvență scăzută creează dificultăți suplimentare. În astfel de situații, cercetătorii utilizează deseori observația continuă realizată de către un observator participant mai degrabă decât de un observator extern.

Când variabilitatea comportamentelor relevante pentru obiectivul cercetării este mare, atunci se impune alegerea evenimentelor care vor fi supuse eșantionării.

Problema *eșantionării subiecților* apare atunci când este dificil și neeconomic să observăm toți subiecții disponibili; de exemplu, dacă ne propunem să observăm comportamentul elevilor din timpul unei ore de clasă, atunci vom realiza un eșantion reprezentativ de subiecți pentru populația care face obiectul studiului.

Întrucât comportamentul studiat poate fi influențat de mulți stimuli din contextul în care el apare, se impune *eșantionarea situațiilor*.

3. Metodele observației

Procedurile pentru observația comportamentelor pot fi grupate în patru categorii (Lanyon & Goodstein, 1997, p. 133):

1. observația necontrolată sau naturală;
2. observația controlată sau structurată;
3. autoobservația.

3.1. Observația naturală

3.1.1. Considerații generale

În ultimii ani s-au făcut auzite numeroase voci care pledează pentru un mai bun echilibru între tehnicile de laborator și cele naturale utilizate în cercetarea psihologică. Din ce în ce mai mulți cercetători sunt preocupați de stabilirea „validității externe” a rezultatelor descoperite în laboratoarele de cercetare psihologică. Cercetările desfășurate în laborator au o serie de restricții *morale* și *temporale* (Ellsworth, 1977); cele morale au fost deja prezentate într-un capitol anterior. Referitor la restricțiile temporale, se consideră că studiile de laborator sunt limitate la studierea formelor acute sau reactive ale unor variabile de personalitate precum stima de sine, simpatia, implicarea. Stima de sine pe termen lung, prietenia sau implicarea pe termen lung nu numai că pot avea efecte destul de diferite în raport cu formele lor reactive, dar pot avea la bază și procese psihologice diferite. În condițiile în care cercetările de laborator bazate pe manipulări acute pot avea o generalitate destul de scăzută –, tehnicile naturale – între care și observația – sunt din ce în ce mai utilizate.

Cea mai „pură” formă a observației sistematice este *observația naturală* în care cercetătorul înregistrează nestingherit, fără știrea subiecților, comportamentul acestora în mediul lor de viață. Dacă acest tip de observație se desfășoară „ca la carte”, comportamentul indivizilor observați nu este afectat de procesul observațional (Evans, 1985). În practică, situația este mai complicată și apar o serie de procese interacționale între observator și observat pe care nu totdeauna le putem controla (Mucchieli, 1974).

Studiile naturale reușite sunt rezultatul unei planificări riguroase. Dacă dorim să organizăm un astfel de studiu, trebuie să avem în vedere mai multe aspecte:

- decizia referitoare la variabilele ce vor fi studiate și comportamentele ce vor fi înregistrate;
- dezvoltarea unor tehnici de înregistrare și grile de observație;
- planificarea eșantionării;
- antrenarea observatorilor.

Primele trei aspecte au fost deja abordate în paragrafele anterioare. Acum vom spune câteva cuvinte despre *antrenarea observatorilor*. Înainte de începerea unei cercetări trebuie să ne asigurăm că observatorii au cunoștințele și deprinderile necesare pentru efectuarea studiului. Trebuie să ne punem această întrebare chiar dacă noi – cercetătorii

care inițiem studiul – suntem singurii observatori. Există multe lucruri care pot să invalideze rezultatele observației naturale. Sunt observatorii conștienți că nu trebuie să influențeze comportamentul subiecților într-o manieră nefirească, artificială? Cum vor putea să ne comunice dacă perturbă starea normală a mediului studiat? Este posibilă observarea comportamentului subiecților fără a intra în mediul în care aceștia acționează? Procedura de înregistrare ridică probleme? Cunosce observatorii foarte bine planificarea temporală și locurile în care se desfășoară observația?

Pentru a avea răspuns la aceste întrebări, de cele mai multe ori se realizează un *studiu pilot*. Un astfel de studiu asigură, în plus, o anume fluentă a procedurilor utilizate și stabilizează comportamentul observatorilor. De asemenea, studiul pilot oferă cercetătorului posibilitatea să verifice *fidelitatea inter-observatori* a procedurilor de înregistrare. Dacă doi sau mai mulți observatori oferă date care diferă foarte mult, deși au observat aceeași situație, atunci există probleme care trebuie remediate.

3.1.2. *Tehnicile observației naturale*

Observația este „naturală” doar în măsura în care observatorul și procesul observației nu determină devierea comportamentului subiecților de la ceea ce este obișnuit, normal pentru ei în mediul în care sunt studiați. Această condiție este îndeplinită doar în măsura în care:

- a) indivizii observați „uită” ori nu sunt conștienți de rolul lor de subiecți într-o cercetare științifică;
- b) procesul observativ nu creează situații sau evenimente care să fie percepute de subiecți ca neobișnuite, neașteptate sau noi.

Psihologii și alți specialiști în domeniul comportamentului utilizează o serie de tehnici pentru a realiza o observație cu adevărat naturală, nederențantă pentru cei observați. Între acestea amintim: tehnica observatorului vizibil, dar ignorat, tehnica observatorului ascuns, utilizarea unor dispozitive de supraveghere și înregistrare, crearea unor medii „facsimil”.

a) *Tehnica observatorului vizibil, dar ignorat*. Observatorii care utilizează această tehnică fac eforturi minime pentru a rămâne invizibili pentru subiecți. Ei încearcă, mai degrabă, să pară a fi elemente normale, neremarcabile și așteptate ale mediului natural. De fapt, subiecții pot deveni conștienți de prezența observatorilor, dar, dacă aceștia se situează într-o manieră naturală printre celelalte persoane din mediu, ei nu conștientizează faptul că sunt observați. Această tehnică conduce la rezultate bune când subiecții observați sunt ființe umane, dar nu poate fi utilizată pentru studiul animalelor.

Literatura psihologică este plină de exemple în care s-a utilizat această tehnică. De pildă, într-un studiu asupra consumului de alcool de către cei care beau singuri sau în compania prietenilor, Somme (1977) și studenții care colaborau cu el s-au plasat, pur și simplu, în rolul de partener, tovarăș de băutură în mai multe baruri și au făcut notații criptice pe șervețele aflate pe mesele la care se consuma băutura.

Dacă utilizăm această tehnică, trebuie să fim atenți la felul în care arătăm, la modalitățile utilizate pentru a intra în mediu și pentru a înregistra datele. Evident, felul în care ne îmbrăcăm, ne mișcăm și vorbim trebuie să fie unul normal, obișnuit pentru

persoanele aflate în mediul pe care îl observăm, iar intrarea noastră în acest mediu să fie cât mai firească. De asemenea, înregistrarea observațiilor necesită o prudență deosebită. În multe locuri, scrierea unor notițe trezește suspiciune. În general, se recomandă luarea unor notițe sumare într-o manieră discretă, notițe care vor fi completate mai târziu prin utilizarea memoriei.

b) *Tehnica observatorului ascuns*. Când observatorul nu se poate amesteca firesc printre persoanele din mediul observat, observația naturală se poate realiza dintr-un punct de observație ascuns. Naturaliștii utilizează frecvent această tehnică în studiul comportamentelor animalelor, dar ea este utilă și în studiul ființelor umane atunci când tehnica observatorului vizibil nu poate conduce la rezultate valide. Zimbardo (1969) a utilizat această metodă pentru studiul vandalismului. Pentru a cerceta incidența și natura vandalismului comparativ în spații din oraș și din campusul studențesc, Zimbardo a depozitat automobile „abandonate” pe anumite străzi din cele două medii cercetate. Apoi observatorii săi, situați în clădirile din apropiere, au putut privi din aceste puncte ascunse, au fotografiat și filmat persoanele care încercau să vandalizeze vehiculele fără ca prezența lor să fie detectată.

Practicarea acestei tehnici necesită o prudență la fel de mare ca și practicarea tehnicii observatorului vizibil. Dacă invizibilitatea observatorului este o condiție necesară pentru realizarea unei bune observații, atunci trebuie să ne asigurăm că observatorul poate rămâne invizibil pe toată durata observației. Studiul pilot poate fi lămuritor în această privință. Utilizarea oglinzilor cu vedere unidirecțională nu garantează invizibilitatea observatorilor, mai ales când subiecții sunt adulți; ei pot deveni foarte suspicioși când descoperă o oglindă situată în mijlocul unui zid.

c) *Utilizarea unor dispozitive de supraveghere și înregistrare*. Dacă nu este posibil să observăm subiecții direct, dintr-un punct ascuns, atunci putem să utilizăm dispozitive tehnice precum casetofoane și camere video. Observatorul trebuie să fie familiarizat cu utilizarea lor și să aibă abilitatea de a plasa microfoanele și camerele video astfel încât să realizeze o bună înregistrare fără ca ele să fie detectate de către subiecți.

d) *Crearea unor medii facsimil (în miniatură)*. Deseori, este dificil, neeconomic și problematic să studiem comportamentul într-un mediu natural. Dacă dorim, totuși, să studiem un comportament *natural*, un compromis ar fi realizarea unui mediu care *simulează* condițiile naturale de care suntem interesați. În măsura în care simularea este bună, subiecții se vor comporta în acest mediu construit la fel ca în condițiile naturale obișnuite. Un avantaj deosebit al acestei tehnici este acela că putem introduce ușor, sistematic, modificări discrete în mediu și apoi să observăm efectul fiecărei schimbări.

În cercetările realizate în domeniul psihologiei sociale se utilizează deseori această tehnică. Este suficient să amintim cercetările lui Milgram asupra obedienței sau cele realizate de Latané și Rodin (1969) privind variabilele mediului social care influențează voința persoanei de a oferi ajutor victimelor unor accidente. În această ultimă cercetare menționată, subiecții care credeau că participă la un studiu de piață, se aflau într-o cameră în care completau un chestionar. În funcție de condiția experimentală, ei completau chestionarul singuri, alături de un prieten sau în prezența unui străin. În acest timp, intervenea o urgență aparentă: în camera alăturată avea loc un „accident” și cineva striga după ajutor.

Rezultatele studiului au demonstrat că oamenii acordă cu o mai mare probabilitate ajutorul când sunt singuri și sunt mai puțin dispuși să-și ofere asistența când sunt însoțiți de o persoană străină.

Medii miniaturale au fost realizate și pentru studiul comportamentului animalelor. Astfel, Lorenz a studiat comportamentul de apărare al teritoriului la pești utilizând un acvariu care simula habitatul natural al peștilor.

Referindu-se la această tehnică, unii cercetători utilizează sintagma „realism experimental” (Evans, 1985).

3.1.3. *Limitele observației naturale*

Am evidențiat deja câteva dintre resursele observației naturale: capacitatea de a furniza date cu o bună validitate externă, de a aborda situații care nu pot fi studiate prin alte metode etc.

Acum vom face câteva considerații referitoare la limitele acestei metode. Cea mai evidentă limită a observației naturale este *incapacitatea de a controla toate variabilele* implicate în fenomenul studiat. De aceea, orice concluzie de tip cauză – efect este riscantă și poate deveni subiectul unor îndoieli serioase.

O altă problemă frecvent întâlnită este aceea că unele dintre datele rezultate din observații naturale *nu pot fi ușor de cuantificat*. În mod deosebit, atunci când ipotezele cercetării sunt prea generale și se adoptă un demers inductiv, majoritatea datelor pot apărea frecvent într-o formă narativă. În astfel de cazuri, ele nu pot face obiectul unor analize statistice puternice. În plus, datele narative ar putea crește repede în volum, făcând dificilă stocarea și rezumarea lor.

O a treia limită generală a observației naturale provine din *implicațiile etice* ale metodei. Aspectele etice frecvent discutate sunt:

- a) observarea și înregistrarea comportamentului indivizilor fără a avea consimțământul lor;
- b) posibile intruziuni în viața intimă a indivizilor.

3.1.4. *Observația participantă*

Observația participantă este o variantă a observației naturale. Practicând acest tip de observație, observatorul își asumă un rol firesc în cadrul situației sociale pe care o investighează, observând astfel din interior comportamentul membrilor grupului.

Această abordare este deosebit de utilă pentru obținerea de informații detaliate despre motivele și percepțiile sociale ale membrilor grupului și pentru înțelegerea mecanismelor interpersonale profunde care operează în cadrul sistemului analizat. Studiul lui D. Rosenhan (1973) este o bună ilustrare a acestei tehnici. Autorul, și alți șapte colaboratori au reușit să se interneze în diverse spitale psihiatrice, prezentându-se la birourile de internare și raportând că aud din când în când voci. După ce au fost internați, au încetat să mai manifeste simptomele respective, comportându-se normal și „sănătos”, atât cât le permitea mediul spitalicesc. În ciuda adopției imediate a unui comportament normal, pseudopacienții au fost ținuti în spital timp de 19 zile, în medie (unul dintre ei a stat 52 zile) și au fost externați cu diagnosticul de „schizofrenie în remisiune”. Pe durata spitalizării, echipa lui Rosenhan și-a notat experiențele trăite în

acest mediu. Cea mai importantă concluzie a fost aceea că *mediul spitalicesc induce un sentiment de depersonalizare și neputință*. Iată un fragment din studiul amintit:

„Uneori, depersonalizarea atingea asemenea proporții încât pseudopacienții aveau impresia că sunt invizibili sau că nu merită nici cea mai mică atenție. După internarea noastră, de exemplu, mai mulți dintre noi (inclusiv eu) am fost supuși primelor examene medicale într-o sală semipublică, în care personalul intra și ieșea ca și când noi n-am fi fost acolo” (Rosenhan, 1988, p. 152).

Observația participantă poate fi organizată pe diverse grade de „transparență”.

În anumite studii participative, majoritatea subiecților știu, în principiu, că observatorul joacă un rol dublu. Acest nivel de transparență descarcă cercetătorul de povara principiilor etice referitoare la intruziunea în viața intimă și păcălirea subiecților, dar are dezavantajul de a determina posibile reacții la faptul de a fi observat. Al doilea nivel de transparență este cel în care doar câțiva membri-cheie ai grupului cunosc rolul dublu al observatorului. Avantajul acestei proceduri este acela că indivizii informați sunt, de obicei, figuri puternice în cadrul grupului, care sunt de acord cu obiectivele studiului și facilitează acceptarea observatorului de către grup. În sfârșit, al treilea nivel de transparență este... lipsa acesteia. Observatorul intră în grup sub o falsă identitate și nu informează pe nimeni din grup despre obiectivele sale. În acest caz, se speră că grupul îl va accepta pe noul venit, nu va deveni suspicios și, prin urmare, va continua să se comporte în felul său obișnuit.

Principalul avantaj al observației participante este acela că furnizează anumite informații din interior care nu pot fi obținute printr-o observație de la distanță. Există însă și o serie de *limite practice*:

- În cazul în care identitatea reală a observatorului este cunoscută de unii din membrii grupului, comportamentele observate ar putea fi influențate de acest fapt.
- Credințele și ipotezele observatorului pot conduce la percepții și rememorări selective; de asemenea, pe măsură ce gradul de familiarizare cu grupul crește, observatorul poate deveni mai puțin sensibil la unele evenimente care inițial i se păreau deosebite, remarcabile. Prin urmare, la sfârșitul unui stagiou observativ mai lung, cercetătorul poate afirma că grupul s-a schimbat când, de fapt, cel care s-a schimbat a fost el însuși.

(Observatorii participanți ajung să fie atât de bine integrați în grup încât, cu timpul, sentimentele personale și identificarea cu grupul pot distorsiona procesul de colectare a datelor. De aceea, este foarte important ca observatorii participanți să fie constant conștienți de sentimentele lor și de efectele potențiale ale acestora.)

- Altă limită a observației participante își are originea în dificultatea de a intra în grupul care ne interesează și de a fi acceptat de acesta; în funcție de dificultățile anticipate, cercetătorul va adopta un anumit grad de „transparență” a participării sale, asumându-și în același timp avantajele și limitele procedurii.

3.2. Observația controlată (sistematică)

3.2.1. Considerații generale

Dificultățile pe care le ridică colectarea datelor în situații naturale au condus la dezvoltarea unor proceduri de studiere a comportamentelor în condiții mult mai bine controlate. Aceste condiții oferă oportunitatea unor observații sistematice precum și posibilitatea unui control suficient al mediului, cu scopul provocării comportamentului care ne interesează. O importanță deosebită o au situațiile de laborator în care subiecții sunt confrunțați cu un număr de sarcini sau experiențe în condiții mai mult sau mai puțin similare celor din viața reală. Aceste observații naturale controlate sau de laborator au fost utilizate cu mulți ani în urmă în contextul selecției personalului, psihologiei industriale, cercetării personalității sub eticheta generală de *teste situaționale* sau *eșantioane de lucru* (*work samples*).

Referindu-se la acest tip de observație, R. Mucchielli (1974) consideră că întreaga psihologie experimentală este observarea comportamentelor provocate în condiții bine controlate.

În funcție de obiectivele organizării unei situații controlate supuse observării, Mucchielli deosebește următoarele **tipuri de comportamente**:

- *Comportamentele evocate* – comportamentele pe care cercetătorul le face să apară datorită condițiilor experimentale. De pildă, în cercetarea tendințelor spre conformare, complici ai cercetătorului dezvoltă un anumit comportament și se observă cine și câte persoane îi urmează.
- *Comportamentele amplificate* – pentru a amplifica un răspuns prezent, dar puțin vizibil, se intensifică sau se reduc proprietățile situației. Această strategie este utilizată, de pildă, în studierea relației mamă – copil. Din această categorie face parte și *tehnica interviului stresant* a lui Chaple (1940) care pune intenționat la încercare tendințele subiectului în situația de interviu (de exemplu, observăm cum reacționează subiectul la o tăcere de 15 minute).
- *Comportamentele epurate în vederea măsurării*. Se poate „izola” o trăsătură și crea o situație favorabilă evaluării cantitative a acesteia. Astfel, M. Sherif (1956), dorind să determine tendințele grupurilor aflate în competiție de a-și amplifica performanțele în detrimentul celorlalți competitori, a imaginat următoarea situație: a motivat două grupe într-o competiție de cules păstăi, cu sarcina de a culege cât mai mult posibil într-un minut. După cules, el a introdus subiecții într-o cameră și le-a proiectat, timp de 5 secunde, imaginile succesive ale loturilor de păstăi presupuse a fi fost culese de participanți. Subiecților li s-au cerut să facă aprecieri globale privind cantitatea de păstăi din fiecare imagine personalizată. Diferențele au fost între 1/3 (evaluarea performanței unui adversar) la de 3 ori (evaluarea performanței unui prieten).

3.2.2. *Observația controlată în evaluarea clinică a personalității*

a) **Observația în timpul rezolvării unor probleme.** Recunoscând valoarea deosebită a actului observativ practicat în relația examinator – examinat, J. Guillaumin (1965) consideră examenul psihologic ca o observație sistematică, scurtă și intensă. În acest context, el afirmă că „testele constituie mijlocul cel mai comod de a intensifica observația” (Guillaumin, 1965, p. 22).

Deși există tendința de a considera testele în primul rând niște instrumente psihologice de măsurare a performanțelor, tot mai mulți psihologi atrag atenția asupra importanței felului în care subiecții obțin o anumită performanță. Prin urmare, aplicând un test, trebuie să ne punem, în egală măsură, nu doar întrebarea „Cât?”, ci și „Cum?” a obținut subiectul ceea ce a obținut. Răspunsul la întrebarea „Cum?” ne este oferit de o observație atentă și sistematică practică în cursul examenului psihologic și ne oferă informații importante despre personalitatea subiectului.

De altfel, A. Binet a fost printre primii autori care au înțeles și au pledat pentru practicarea unei observații sistematice în cursul aplicării testelor. Comportamentul în timpul aplicării probelor este primul care trebuie observat. În revizia testului Binet-Simon realizată de Terman-Merrill, observatorul este în mod expres invitat să-și orienteze atenția asupra următoarelor aspecte:

1. Atitudini în momentul începerii examenului, opoziție, dispoziție proastă, pasivitate, cooperare, entuziasm.
2. Atitudini în cursul examenului.
3. Răspunsuri la consemn.
4. Activități și mișcări necontrolate.
5. Cuvinte.
6. Metoda spontană de lucru.
7. Reacția la incidente materiale, insuccese, dificultăți.

Adoptând o perspectivă clinică în evaluarea rezultatelor la diverse probe psihologice, Wittersheim (1980) a evidențiat că anumite comportamente manifestate în timpul rezolvării unor sarcini cognitive și psihomotorii pot fi asociate conduitelor etilice. De exemplu, în cazul testului B₁₀₁ al lui Bonnardel – care constă în realizarea unor figuri geometrice prin utilizarea unui ansamblu de cuburi bicolore – comportamentul etilicilor este, în general, tipic: ei au tendința de a nu urma consemnele în ciuda insistențelor examinatorului, de a se supăra și critica materialul cu care lucrează. La testul de reacții complexe Bonnardel (coordonarea mișcărilor), etilicii se manifestă mai frecvent prin injurături, râsete, critici, tendințe de abandon.

Interpretarea clinică a scărilor Wechsler furnizează elemente similare de înțelegere a personalității (Kellerman și Burry, 1985). Astfel, anumite subteste sunt sensibile la anxietatea manifestată de subiect în timpul examenului (informație, aritmetică, memorie cifre, vocabular, cuburi și ansamblare de obiecte). Altele, precum comprehensiunea și aranjarea imaginilor, furnizează indicații privind gradul de interiorizare a normelor sociale. De asemenea, s-a constatat că nivelul de impulsivitate al subiecților poate influența scorurile obținute la subtestele de aritmetică.

Se impune, totuși, o anumită prudență în interpretarea indicilor comportamentali înregistrați prin observație, deoarece probele efectuate de subiecți sunt, prin construcție, destinate evaluării altor dimensiuni ale personalității. Observația poate sugera ipoteze clinice care să conducă la o anumită strategie de evaluare a unor aspecte ale personalității prin probe specifice.

b) Observația comportamentului în timpul convorbirii psihologice. Analiza oricărei convorbiri psihologice vizează totdeauna două registre: informațiile verbale furnizate de subiect în urma întrebărilor care i s-au pus, precum și alte informații furnizate spontan de acesta; informațiile nonverbale furnizate printr-un limbaj al corpului și care evidențiază atitudini, motivații, stări afective etc.

Avertizăm că analiza convorbirii necesită multă experiență, practică și prudență: fiecare informație trebuie considerată ca un simplu indicator, psihologul trebuind să înțeleagă conduita în toată globalitatea sa. Chiar dacă anumite comportamente nonverbale pot indica un anumit stil de conduită, interpretarea lor posibilă trebuie confirmată sistematic și de către alte informații.

Evaluarea comportamentului observat în timpul convorbirii se poate realiza la mai multe niveluri de standardizare. Formele cele mai flexibile sunt cele exprimate prin judecata unui expert: clinicianul expert evidențiază un ansamblu de informații, apoi le sintetizează formulând o evaluare. Acest tip de evaluare necesită o practică clinică îndelungată și nu este scutită de erori. În multe situații evaluarea are la bază o procedură standardizată. Această procedură se bazează pe criterii de evaluare bine definite, ierarhizate pe o scară cu mai multe puncte și conduce, în general, la rezultate mai bune.

Vom ilustra acest tip de evaluare standardizată cu două exemple.

1. Scala de evaluare a anxietății a lui M. Hamilton. Pentru evaluarea anxietății există scări de autoevaluare precum scara lui Spielberger (1992) care evidențiază anxietatea ca stare și ca trăsătură. Scala de anxietate Hamilton (Cottraux și colab., 1985) permite evaluarea anxietății de către clinician. După o convorbire clinică, psihologul sau medicul apreciază anxietatea pacientului funcție de 14 criterii, fiecare criteriu fiind evaluat pe o scară cu 5 puncte:

0 = absent 4 = intensitate maximă

Dintre criteriile evaluate menționăm cele referitoare la starea afectivă (dispoziție, tensiune, frică etc.), la diferite sindroame neurovegetative (musculare, cardio-vasculare, gastro - intestinale etc.), la comportamentul manifestat în timpul convorbirii etc.

Iată descrierea criteriului *comportament manifestat în timpul convorbirii*:

Comportament general	Comportament fiziologic
Tensionat, neliniștit; agitație nervoasă (măinile, își freacă degetele, strânge pumnii, ticuri, strânge batista), instabilitate, mișcări du-te-vino, tremuratul mâinilor, frunte încrunată, facies tensionat, creșterea tonusului muscular, respirație sacadată, paloare facială.	Își înghite saliva, eructații, tahicardie în repaos, ritm respirator mai mare de 20/min., reflexe tendinoase vii, tremurături, dilatație pupilară, exoftalmie, transpirație, clipit.

2. Scala de evaluare a autismului infantil (CARS). Scala CARS (Cottraux și colab., 1985) își propune să evalueze gradul de autism la copil în baza observației comportamentului în diferite situații (convorbire, situație familială, aplicarea unor probe etc.). Ea conține 15 itemi evaluați pe o scală cu patru puncte. Itemii vizează diverse teme precum: comunicarea, reacțiile emoționale, adaptarea fizică, registrul senzorial și funcționarea intelectuală.

Ilustrăm cu ajutorul itemului nr. 1, „Relațiile cu persoanele din jur”, principiul de alcătuire a scării CARS:

1. Nici o anomalie în reacții. Nivel adecvat vârstei privind timiditatea, rezerva și opoziția sau reacții în totalitate normale.
2. Anomalii minore cu o anumită lipsă a contactului vizual, opoziție sau evitare, timiditate excesivă, lipsa reacției față de examinator.
3. Anomalii medii. Retragere importantă (copilul poate părea uneori indiferent la prezența unui adult), pentru obținerea unui răspuns este nevoie de o intervenție importantă. Contactul inițiat de copil este minim și deseori impersonal.
4. Anomalii severe. Retragere intensă, evitare, indiferență. Copilul răspunde rareori examinatorului. Copilul nu inițiază decât rareori sau deloc o interacțiune. Doar o intervenție extrem de importantă a adultului poate provoca un răspuns.

Fiecare item al CARS este precedat de o definiție și de elemente care permit provocarea comportamentelor și organizarea observării acestora. Buna standardizare a observației și alcătuirea itemilor în baza mai multor modele privind autismul conferă scării CARS bune calități psihometrice, permițând clasarea copiilor, funcție de scorul global obținut, în trei grupe: neautiști, autism lejer, autism sever.

c) Interacțiuni structurate. Evaluarea interacțiunilor prin sarcini structurate utilizează grile de observație și proceduri de înregistrare asemănătoare celor utilizate în observația naturală. De exemplu, pentru a evalua relația dintre soți, aceștia pot participa la ședințe de 10 minute, în care încearcă să rezolve conflicte din diverse domenii. În acest timp, utilizând o anume grilă de observație, cercetătorul înregistrează și evaluează comportamentul fiecăruia.

d) Observarea comportamentului în timpul jocurilor de rol. Utilizând tehnica jocului de rol, subiecții știu că situația este simulată, dar li se cere să se comporte ca și cum s-ar afla în situații reale de viață. În una dintre primele utilizări ale acestei tehnici, McFall și Marston (1970) au dezvoltat un test pentru evaluarea comportamentului asertiv în care jocul de rol realizat de subiecți era înregistrat audio-video. Subiecților li s-a cerut să reacționeze la 16 situații ipotetice, care necesitau un comportament asertiv, iar gradul de asertivitate manifestat de ei a fost evaluat de judecători independenți. Itemii testului au fost construiți în baza unui proces laborios, în timpul căruia, dintr-o listă de 2000 situații care solicitau comportament asertiv au fost reținuți, în urma unor analize statistice complexe, doar cei 16 itemi prezentați subiecților.

Alte situații în care a fost utilizată această tehnică: evaluarea deprinderilor sociale ale delincvenților tineri și elevilor, evaluarea comportamentelor adaptative ale alcoolicii etc.

e) Observarea comportamentului în timpul situațiilor de laborator similare situațiilor reale. Situațiile de laborator analoage situațiilor reale, numite și *experimental analogs* (Lanyon și Goodstein, 1997) sunt utilizate, în special, pentru evaluarea comportamentului

nonverbal. Un astfel de exemplu este *testul de evitare comportamentală* care își propune să evalueze intensitatea unor fobii specifice. De pildă, pentru a realiza o evaluare cantitativă a unor persoane care se temeau de șerpi, Lang și Lazovik (1963) le-a cerut să se apropie sistematic din ce în ce mai mult de un șarpe inofensiv, în condiții de laborator bine controlate. Distanța cea mai mică față de șarpe la care subiecții au reușit să se plaseze a fost convertită în scoruri de evitare comportamentală. Alte situații de laborator și-au propus să modeleze nu comportamente din viața reală, ci *proces*. Astfel, Lindsley (1960) a organizat un proces de întărire operantă a comportamentelor unor pacienți psi. iatrici internați. Ei puteau obține bomboane, țigări etc. ori de câte ori realizau un anumit comportament, situație care a pus în evidență natura factorilor ce influențează comportamentul pacienților în viața reală.

f) **Măsurători fiziologice.** Măsurătorile fiziologice își propun să evalueze statusul fiziologic al subiecților în anumite situații. Deoarece relația dintre parametri fiziologici și caracteristicile personalității cuiva este departe de a fi complet elucidată, doar o parte din aceste măsurători sunt considerate relevante pentru evaluarea personalității și comportamentului interpersonal. Totuși, la sfârșitul secolului XX, evaluarea psihofiziologică a făcut progrese semnificative datorită dezvoltării unor echipamente electronice computerizate pentru monitorizarea răspunsurilor corporale și a unei mai bune înțelegeri a relațiilor dintre răspunsurile sistemelor fiziologice, cognitive și emoționale.

Nivelul de stimulare corporală este cea mai frecvent evaluată stare psihofiziologică. O serie de cercetări și teorii sugerează că elementul comun al stărilor plăcute precum relaxarea profundă și meditația îl reprezintă un nivel scăzut al stimulării corporale. Aceste cercetări stau la baza multor tehnici de biofeedback care își propun controlul unor parametri psihofiziologici cu scopul diminuării tensiunii psihice și stresului. Cei mai relevanți indicatori măsurați sunt activitatea electrică a mușchilor (EMG), pulsul, tensiunea arterială, activitatea electrodermală și anumite structuri electroencefalografice (EEG).

O altă utilizare a procedurilor de evaluare fiziologică o reprezintă *detectarea minciunii*. Procedurile testului de detectare a minciunii includ măsurarea unor multipli parametri fiziologici precum pulsul, tensiunea, rezistența electrică a pielii, EMG etc., în timp ce individul răspunde la întrebări legate de tema de interes. Procedurile au la bază premisa că patternul acestor răspunsuri este diferit atunci când subiectul minte față de situația în care el spune adevărul. În ciuda popularității procedurilor de detectare a minciunii, majoritatea cercetărilor tind să concluzioneze că afirmațiile privind validitatea tehnicii sunt exagerate. De aceea, în prezent, în SUA acest tip de teste sunt fie excluse, fie sever restricționate în utilizarea lor ca dovezi în timpul proceselor.

3.3. Autoobservația

Ideea că autorapoartele pot conține informații utile cercetării psihologice și cunoașterii personalității cuiva are o istorie agitată. De când A. Comte a rostit celebrul aforism „nu poți sta la fereastră pentru a te vedea trecând pe stradă”, introspecția a fost ștearsă de pe lista metodelor utilizate în psihologie, iar întrebuintarea ei a devenit ridicolă.

Psihologia comportamentistă pune între paranteze „cutia neagră” a psihismului uman, universul interior, a cărui cercetare nu se poate conforma exigențelor științifice, iar

Freud și toți psihologii de orientare psihodinamică afirmă imposibilitatea autocunoașterii, deoarece introspecția nu poate avea acces decât la date lacunare, parțiale, deformate de mecanismele de apărare și, prin urmare, fără nici o valoare.

Sintetizând critica adusă introspecției, A. Lalande menționează următoarele :

1. Faptul observat prin introspecție se alterează prin actul însuși al observației.
2. Stările afective intense sunt mai puțin accesibile observației interne.
3. Prin introspecție nu se pot sesiza decât fenomene psihice conștiente, care nu constituie însă decât o parte din viața psihică a omului.
4. Ideile preconcepute falsifică interpretarea fenomenelor proprii într-o mai mare măsură decât în observația îndreptată asupra altora. Pe scurt : iluzii individuale, incapacitate de generalizare și obiectivare, îngustime și autosugestie (după V. Pavelcu).

Totuși, introspecția, atât de criticată, a fost reintrodusă în psihologie prin intermediul convorbirii și chestionarelor ; răspunsurile subiecților presupun adesea o introspecție care este lacunară și subiectivă. De asemenea, psihanaliza, ca teorie, metodă și psihoterapie are la bază introspecția, autoobservația. Tocmai de aceea terapia psihanalitică este eficientă în primul rând cu persoanele ce au o bună capacitate de introspecție și de verbalizare a observațiilor interne.

Tot mai multe studii clinice demonstrează că autoobservația fidelă și adecvată este o deprindere ce se poate învăța prin utilizarea unor tehnici specifice. Un factor care stimulează utilizarea frecventă a autoobservației este *economicitatea* ei. Autoobservatorul este totdeauna pregătit, disponibil și, de cele mai multe ori, nu trebuie plătit. Autoobservația este deosebit de importantă în evaluarea unor evenimente interne, inaccesibile unui observator extern (gânduri, imagini, emoții etc.).

Am amintit deja diverse mijloace de înregistrare utilizate în autoobservație : jurnalele, monitorizarea răspunsurilor comportamentale, autorapoartele. Prezentăm în continuare, pe scurt, automonitorizarea și autoînregistrarea manifestărilor comportamentale, cognitive și afective ca tehnici de evaluare psihoterapeutică.

Reconstrucția statică a problemelor comportamentale prin intermediul unui interviu clinic realizat în cadrul unui birou prezintă riscul deformării conținutului verbal, expresiilor gestuale, conștientizării, datorită caracteristicilor situației de interviu și a proceselor relaționale specifice acesteia. De aceea se preferă abordarea dinamică a problemelor pe măsura manifestărilor lor. În acest caz se poate cere pacientului să înregistreze un comportament motor (de pildă fumatul) și să-l pună în relație cu situații, emoții sau gânduri. Problema pusă de această tehnică este *reactivitatea* ei : priza de conștiință realizată cu prilejul autoobservării poate crește capacitatea de autocontrol privind problemele înregistrate, dar există și riscul unor efecte inverse – centrarea pe problemă poate accentua trăirea problemei. În ciuda acestor dificultăți metodologice, autoînregistrarea reprezintă o metodă de evaluare *in vivo* care facilitează analiza comportamentală *in vitro* (Cottraux, 1985).

Prezentăm pentru ilustrare o fișă de autoînregistrare propusă de A. Beck :

Nume Prenume Vârstă		
Data examenului		
Situația	Emoții	Gânduri automate
Să se descrie :		
1. Evenimentul precis care a produs emoția neplăcută sau	1. Să se specifice : agresiv, anxios etc.	1. Scrieți gândurile automate care au precedat emoția.
2. Șirul de idei, gânduri, amintiri, reverii etc. care a produs emoția neplăcută.	2. Evaluați intensitatea emoției pe o scară de la 0 la 8.	2. Evaluați nivelul de încredere în aceste gânduri automate pe o scară de la 0 la 8.

Învățarea autoobservării. Procedurile pentru însușirea deprinderilor de autoobservare nu sunt încă pe deplin sistematizate. În mod normal, oamenii nu sunt buni autoobservatori, încât în multe cazuri (în scop terapeutic, pentru dezvoltarea personală, pentru însușirea unei profesii etc.) în care autoobservația se impune ca metodă utilă de cunoaștere și evaluare, un antrenament specific este esențial. Thorenson și Mahoney (1974) au enumerat o serie de *factori* care s-au dovedit a fi utili în învățarea autoobservării: *modelarea, feedbackul adecvat imediat, întărirea sistematică și transferul treptat al responsabilității înregistrării de la o sursă externă la sine.*

R. Mucchielli (1974) prezintă câteva *tehnici de îmbunătățire a cunoașterii de sine* prin dezvoltarea capacității de autoobservare.

Una din aceste tehnici își propune îmbunătățirea capacității de autocunoaștere prin *confruntarea imaginii de sine cu imaginea pe care ceilalți o au despre persoana în cauză*. Oamenii nu-și cunosc bine, uneori aproape deloc, vocea, imaginea mâinilor, profilul etc. ; Wolff (1930) a demonstrat experimental acest fapt. Pentru a favoriza autocunoașterea, s-a imaginat confruntarea unui autoprofil (stabilit cu ajutorul chestionarelor sau listelor de adjective) cu un profil stabilit de persoane care cunosc bine subiectul în cauză. Astfel, subiectul este pus în fața imaginii sale sociale. T-grupul favorizează confruntarea între imaginea pe care cineva o are despre sine și imaginea sa socială, așa cum este ea reflectată de membrii grupului. Confruntarea favorizează autocunoașterea și schimbarea persoanei, cu condiția ca persoana supusă procesului de confruntare să creadă în veridicitatea opiniilor celorlalți despre ea însăși. Dacă la acest fapt adăugăm și intervenția unor mecanisme de apărare înțelegem mai bine limitele tehnicii. O parte dintre limite sunt depășite de tehnicile audio-video de *autoobservare și autoconfruntare*. Tehnica cea mai utilizată este înregistrarea audio-video, apoi vizionarea și comentarea liberă imediată de către autoobservator. Unele variante ale tehnicii permit vizionarea instantanee pe un ecran (feedback imediat) ori vizionarea ulterioară a unor filme de montaj cu momentele cele mai semnificative.

Deoarece confruntarea cu propria imagine poate fi o sursă de disconfort, este nevoie ca subiecții care participă la un astfel de demers să-și exprime acordul și să se evite prezența unor persoane străine (când este vorba de un grup, este nevoie de un acord deontologic pentru evitarea criticilor celorlalți).

Tehnica este frecvent utilizată în procesul de formare pentru o profesie, un rol sau o activitate specializată (activități sportive, învățarea unei limbi străine, reeducare etc.). Psihoterapia beneficiază și ea de tehnicile autoconfruntării, mai ales în abordarea unor probleme precum alcoolism, anorexie, tulburări ale imaginii corpului și controlului muscular etc.

Utilizând aceste tehnici, Mucchielli consideră că lui Comte i se poate răspunde: „Da, poți sta la fereastră și să te vezi pe tine însuși trecând pe stradă”.

4. Scurte considerații psihometrice

Deși tehnicile de observație sistematică s-au dezvoltat relativ rapid și cu rezultate pozitive, criticile cele mai frecvente vizează incapacitatea lor de a se conforma standardelor psihometrice ale validității și fidelității.

Fidelitatea, definită ca repetabilitate a măsurării, este influențată de o serie de probleme deja menționate. Să le reamintim:

- eșantionarea adecvată a comportamentului prin raportare la timp, situații, subiecți;
- reacția subiecților la faptul de a fi observați;
- abilitățile observative ale cercetătorului și caracterul autoconfirmativ al așteptărilor lui.

Lipinski și Nelson (1974) au enumerat trei factori care îmbunătățesc calitatea rapoartelor realizate de observatori:

- a) cunoașterea rezultatelor așteptate;
- b) feedbackul evaluativ din partea altei persoane;
- c) cunoașterea faptului că se va realiza o evaluare a fidelității rezultatelor obținute.

La aceștia se adaugă, după opinia multor cercetători, un antrenament sistematic al observatorilor.

Validitatea. După cum se știe, o procedură de evaluare este validă în măsura în care ea măsoară ceea ce se presupune că măsoară. Deoarece evaluarea comportamentală implică o *eșantionare directă* a comportamentelor care ne interesează, cel mai important aspect al validității este *validitatea de conținut* – gradul în care procedura de evaluare se realizează asupra unui eșantion reprezentativ al „universului conținutului” comportamentului pe care ne propunem să-l studiem. Utilizarea unor situații de evaluare artificiale, de laborator, prezintă riscuri privind validitatea observației. În evaluarea clinică, unde variabilele care controlează comportamentul-țintă (antecedente și consecințe) trebuie și ele evaluate, utilizarea situațiilor de laborator este chiar riscantă. Din această cauză putem să punem sub semnul întrebării însăși validitatea acestui tip de abordare. Putem să considerăm totuși că potențialul de validitate al observațiilor realizate în laborator există doar în măsura în care variabilele care controlează în viața reală problema comportamentală ce trebuie evaluată sunt prezente și în laborator.

Conștienți de limitele observației, amintim că fiecare metodă sau modalitate de evaluare ridică probleme specifice și, de aceea, pentru o evaluare psihologică cât mai corectă se impune utilizarea unui demers *multimodal*.

5. Procese psihologice și psihosociale implicate în activitatea observativă

Dacă în științele naturii subiectivitatea observatorului poate fi ușor pusă între paranteze, iar modificările posibile induse fenomenului observat sunt previzibile, reproductibile și, prin urmare, ușor de controlat, în cadrul științelor socio-umane relația observator – observat capătă toate atributele oricărei relații sociale, influențând ambii actori sociali într-o manieră care ar putea pune sub semnul îndoielii rezultatele observației.

5.1. Distorsiunile observației provocate de observator

a) *Efectele centrării, asimilării, contrastului, ancorării și haloului. Eroarea de centrare* (Piaget) are la bază procese psihofiziologice prin care aspectele fixate într-o panoramă plurisenzorială tind să fie supraevaluate, supraestimate în raport cu celelalte. Astfel, dacă observatorul se centrează asupra diferențelor minime pe care le-a observat între diverse obiecte, acestea tind să fie exagerate (*eroare de contrast*), în timp ce, dacă atenția observatorului este atrasă de asemănările dintre obiecte mai degrabă decât de deosebirile dintre ele, obiectele tind să fie considerate identice sau similare (*eroare de asimilare*).

Deși observatorul are credința că evaluează un singur stimul, contextul în care se desfășoară observația se constituie într-un cadru de referință în care observatorul se *ancorează* într-o manieră înconștientă. Evaluând succesiv performanța unor persoane, rezultatele evaluărilor anterioare funcționează ca ancore și puncte de referință pentru evaluarea prezentă. Astfel, faptul de a fi precedat de mai mulți subiecți strălucitori, conduce la o subevaluare, în timp ce faptul de a fi precedat de subiecți mediocri conduce la o supraevaluare.

Efectul de halou are la bază procesul de „iradiere” a evaluării unei dimensiuni asupra altei dimensiuni. Astfel, aprecierile făcute asupra aspectului fizic pot influența aprecierile asupra unor caracteristici de personalitate sau, de pildă, apreciind laudativ comportamentul participativ al cuiva vom avea tendința de a supraestima nivelul său intelectual.

b) *Selectivitatea atenției și memoriei*. Se știe deja că atenția, cu cât este mai concentrată, cu atât este mai selectivă. Atenția, ca fenomen psihologic fundamental al observației științifice, este orientată de așteptări, credințe, teorii care, în virtutea selecției pe care o operează, pot avea efecte autoconfirmative.

În ceea ce privește memoria, întrucât nu putem observa și nota în același timp, suntem nevoiți să înregistrăm rezultatele observației după un anumit interval de timp. Datorită deformărilor pe care le poate introduce uitarea, se recomandă ca acest interval de timp să nu fie prea mare (el să poată fi măsurat în minute, în cel mai rău caz în ore). Nu doar uitarea poate deforma observațiile memorate, ci și așteptările și credințele observatorului (J. Bernaud, 1998).

c) *Efectele categorizării spontane și teoretice*. În fața realității, observatorul face, în mod firesc, eforturi de înțelegere și notare. Pentru aceasta, el utilizează propriul

vocabular, fapt care antrenează categoriile sale de decodificare, stereotipurile sale, experiențele sale etc. Teoreticienii programării neurolingvistice au evidențiat deja că imaginea (harta) pe care ne-o formăm despre realitate este efectul unor filtre psihologice, fiziologice și sociale, între acestea limbajul ocupând un rol deosebit. De aceea, oricât de obiectivi și de necontaminați ne-am considera, „harta” nu trebuie confundată cu teritoriul, imaginea cu realitatea.

Efectele categorizării au o anumită inerție și împiedică, în multe cazuri, realizarea unor observații adecvate, chiar când realitatea intră în dezacord evident cu categoriile utilizate inițial pentru decodificarea ei. Astfel, dacă se proiectează în fața unui subiect imaginea vagă a unui obiect familiar, imagine care este focalizată progresiv, cercetările arată că, dacă subiectul numește incorect obiectul la început (proastă categorizare determinată de imaginea neclară), această categorizare împiedică ulterior identificarea corectă a obiectului, chiar când imaginea clară nu mai poate induce eroarea (Mucchielli, 1974).

Cu atât mai ușor devenim prizonierii unor categorii și stereotipuri care își au originea în formația noastră profesională și în teoriile la care aderăm. Teoria „disonanței cognitive” (Festinger) a demonstrat că ansamblul de concepte prin care noi decodificăm, înțelegem informațiile formează un „sistem” care intervine ca un filtru, un selector și un transformator al informațiilor.

d) „Ecuția personală” a observatorului. În 1816, astronomul german Bessel, observând că erorile comise de diferiți astronomi care efectuau aceeași observație nu sunt total imprevizibile și că fiecare avea, în mod repetat, tipul său de eroare, a sugerat noțiunea de „ecuție personală a observatorului”.

Prin urmare, fiecare observație poartă marca acestei „ecuții”, ansamblu de factori psihofiziologici și de personalitate care fac ca un protocol de observație să ne informeze, în egală măsură, atât asupra personalității observatorului, cât și asupra obiectului observației sale.

Analizând „ecuția personală a observatorului”, Mucchielli introduce în această categorie :

– *tipurile perceptive* (Binet) : tipul descriptiv (minuțios, sec) ; tipul evaluativ (observatorul cu tendința de a evalua, interpreta, judeca) ; tipul erudit (furnizează informații savante suplimentare) ; tipul imaginativ și poetic (observatorul care neglijează datele, faptele și dă frâu liber imaginației).

– *factorii care diferențiază observatorii între ei* conform cercetărilor efectuate de Vernon și Gardner :

1. tendința nivelantă/tendința accentuantă ; observatorii primului tip sunt ancorați în contextul prezent în timp ce ceilalți, mai activi, rămân mai mult timp ancorați în experiențele trecute ;
2. capacitatea de articulare a câmpului perceptiv – capacitatea de a surprinde relațiile dintre fapte ;
3. lărgimea/îngustimea câmpului de observație – se referă la raportul dintre volumul și concentrarea atenției specifice fiecărui observator ;
4. capacitatea de a rezista la perturbările nerealiste ale percepției – în relație cu capacitatea de a diferenția între obiectivitatea și subiectivitatea „faptelor” și „interpretărilor” lor.

- *proiecția* - are la bază o anumită similitudine între observator și observat și favorizează o identificare relativă a primului cu cel de al doilea. Această identificare relativă facilitează, până la un anumit punct, observarea și înțelegerea celor observate. De pildă, observația persoanelor în vârstă dintr-un cămin de bătrâni va fi mai bine realizată de un observator vârstnic decât de unul tânăr.

Totuși, dincolo de această identificare relativă, proiecția antrenează o deformare masivă a faptelor observate: proiectăm credințe, temeri, așteptări, convingeri ideologice etc.; îi facem pe ceilalți să spună ce vrem noi, auzim și vedem doar ceea ce este în acord cu filtrele noastre interioare.

În forme accentuate, acest fenomen poate face, practic, ca observația să fie imposibil de realizat; sunt psihologi incapabili să observe persoane cu handicap, bolnavi mental sau bătrâni.

În cadrul psihologiei mărturiei, proiecția se regăsește în așa numitele „erori de bună credință”.

- *interpretarea personală* - fenomen legat de proiecție și care constă în a atribui faptelor reale semnificații izvorâte din universul personal.

5.2. Observația - ca situație socială interactivă

a) *Atitudinile și așteptările observatorului.* Experiența directă a unui fapt este considerată deseori drept criteriu suprem al adevărului. „Nu cred până nu văd” spunem frecvent, uitând că, de fapt, devenim prizonierii unui raționament circular, deoarece, în aceeași măsură, nu vedem decât ceea ce credem. În aceeași situație se află, nu de puține ori, și omul de știință. El are nevoie de o teorie și ipoteze de referință care să-i orienteze cercetarea; în același timp teoria și ipotezele creează așteptări care deformează observația în direcția confirmării acestora. Printre tinerii cercetători și studenți există deja opinia că o bună cercetare este aceea în care ipotezele sunt confirmate! Așteptările cercetătorului pot deveni „predicții ce se autoîmplinesc” (*self-fulfilling prophecies*). Nu numai noi îi observăm pe subiecți, ci și ei ne observă pe noi, astfel încât așteptările noastre, descifrate în baza unor manifestări comportamentale inconștiente (postură, mimică, gesturi etc.) influențează comportamentul subiecților observați (Rosenthal, Jacobson, Barber, Silver, 1972).

Pentru a diminua acest efect se utilizează scheme experimentale cu persoane interpușe - așa numitele scheme „dublu orb”: primul „orb” este unul din asistenții cercetătorului aflat în contact cu subiecții și care nu cunoaște ipotezele cercetătorului, iar al doilea „orb” este subiectul care, nici el, nu cunoaște aceste ipoteze și așteptări. Schema se utilizează frecvent în testarea efectelor unor medicamente comparativ cu substanțe placebo. S-a constatat că sunt situații în care nici această schemă nu elimină complet efectul așteptărilor cercetătorului, deoarece există riscul ca persoana interpusă între cercetător și subiect să nu rămână pe tot parcursul experimentului complet „oarbă”.

b) *Reacția subiecților la faptul de a fi observați.* Subiectul observat nu este un obiect oarecare. El reacționează la situația observativă cu atât mai mult cu cât relația observator - observat este puternic asimetrică, conferind primului o poziție dominantă și (în funcție de obiectivul observației), chiar o anumită putere. Faptul de a fi observat implică

ideea evaluării și dominării – ceea ce este suficient să declanșeze reacții de apărare socială. Acest fapt explică, de pildă, maximizarea distanței interindividuale în situații naturale (a se vedea, de exemplu, alegerea locurilor de către cei nou-veniți într-un loc public).

Referindu-se la acest fenomen, Sartre vorbește despre „privirea care pietrifica”, privirea care îl transformă pe cel observat în lucru, îl deposează de ființa sa, îl face obiect.

Reacțiile celor observați se situează între doi poli extremi (Guillaumin, 1965): pe de o parte anxietatea paralizantă, pe de altă parte reacțiile de prestață și exhibiționism, trecând prin negativism și docilitate la cea mai mică sugestie. Reacțiile subiecților în situația de observație sunt mediate și de caracteristicile observatorului: sexul, vârsta, talia, greutatea, îmbrăcămintea, apartenența etnică, poziția socială, caracterul aparent al observatorului.

Introspecția se confruntă cu probleme similare deoarece subiectul – observator și observat în același timp – dezvoltă reacții de autoapărare care, așa cum a evidențiat teoria psihianalitică, deformează conținuturile psihologice supuse observației.

Procese psihosociale care se manifestă în situația de observație îi fac pe mulți cercetători să privească cu un anumit scepticism rezultatele obținute prin această metodă. Totuși, dezvoltarea unor metode și tehnici de observație, verificate în cadrul studiilor pilot, antrenarea corespunzătoare a observatorilor, analizele comparative ale rezultatelor furnizate de mai mulți observatori fac din observație o metodă din ce în ce mai utilizată atât în cercetare, cât și în activitatea clinică.

Capitolul V

INTERVIUL PSIHOLOGIC – CADRU GENERAL

1. Definiție, caracteristici generale	101
2. Mecanisme și procese psihologice implicate în interviul clinic	106
3. Comunicarea nonverbală	110
4. Sincronizarea – stabilirea raportului psihologic	115
5. Metamodelul pentru limbaj – arta de a pune întrebări	118
6. Conținutul și structura interviului	128
7. Controlul situației de interviu	141
8. Înregistrarea datelor	142
9. Reflexii etice	143
10. Analiza și interpretarea datelor produse cu ajutorul interviului	145
11. Tipuri de interviu	160

BIBLIOTECA UNIVERSITATII

Capitolul V

INTERVIUL PSIHOLOGIC -
CADRU GENERAL

101	1. Definiție, caracteristici generale
106	2. Mecanisme și procese psihologice implicate în interviul clinic
110	3. Comunicarea nonverbală
115	4. Sincronizare - stabilirea raportului psihic
118	5. Metamodelul pentru limbaj - arta de a pune întrebări
128	6. Conținutul și structura interviului
141	7. Controlul stărilor de interviu
145	8. Înregistrarea datelor
149	9. Reflecții etice
152	10. Analiza și interpretarea datelor produse de interviul psihologic
160	11. Tipuri de interviu

1. Definiție, caracteristici generale

Interviul este o situație socială de schimb conversațional între două persoane cu scopul culegerii de informații într-un *cadru* specificat (A. Weil-Barais, 1997, p. 99). Pentru a fi psihologic, interviul trebuie să aibă obiective psihologice și să fie purtat după anumite reguli impuse de psihologia persoanei. *Cadrul* în care se desfășoară interviul este definit de rolurile și așteptările persoanelor angajate în schimbul conversațional, precum și de condițiile în care se realizează întâlnirea: loc, durată, înregistrarea/neînregistrarea, anonimatul/non-anonimatul etc. Psihologul are datoria de a veghea la respectarea acestui cadru.

Încărcătura psihologică a situației de schimb conversațional dintre cei doi protagoniști variază în funcție de cui anume dintre cei doi i-a aparținut cererea de realizare a convorbirii. De aceea, deși pentru a desemna convorbirea psihologică se utilizează ca termeni sinonimi – *interviu* și *consultație* –, anumiți autori preferă să utilizeze termenul de interviu când convorbirea are loc la inițiativa psihologului și cel de consultație – când cererea este formulată de beneficiarul convorbirii. În prezenta lucrare, termenii *convorbire psihologică* și *interviu* vor fi utilizați ca sinonimi, iar termenul *consultație* va fi utilizat alături de cel de interviu doar cu referire la convorbirea psihologică cu obiective terapeutice.

Deși aparent facil, datorită asimilării abuzive cu conversația cotidiană, obișnuită, *interviul psihologic este o metodă dificil de însușit și practicat deoarece presupune reflexii teoretice aprofundate, îndeosebi cu privire la raportul dintre limbaj și gândire, limbaj și afectivitate, limbaj și inconștient, limbaj și procesele de influență socială etc.* De asemenea, având în vedere că schimbul conversațional este o formă de interacțiune socială, psihologul trebuie să țină cont de regulile sociale care reglementează acest schimb, de contextul în care el se realizează, de eventualele convenții și tabuuri etc.

Printre diferențele care există între o conversație obișnuită și un interviu psihologic, putem menționa următoarele (cf. C. Dyer, 1995):

Conversație	Interviu psihologic
1. O conversație este, în general, <i>lipsită de un scop explicit menționat</i> . De obicei, oamenii interacționează verbal fără vreun scop anume sau, dacă el există, atunci este implicit, rămâne nespus ori devine evident pe parcursul conversației, pe măsură ce sunt abordate diverse teme.	1. <i>Un interviu are totdeauna un obiectiv explicit menționat</i> . Ambii participanți la un interviu știu că discuția are un obiectiv și, de cele mai multe ori, acesta se referă la colectarea de informații asupra unei teme/domeniu. În plus, interviul poate avea loc doar dacă există un acord formulat explicit între cei doi protagoniști privind temele/domeniile ce urmează a fi abordate.

Conversație	Interviu psihologic
<p>2. Există reguli nescrise privind evitarea <i>repetiției</i>. Într-o conversație obișnuită se evită repetarea întrebărilor la care nu se primesc răspunsuri și se evită, în general, să se spună de mai multe ori același lucru (altfel, se riscă primirea de observații critice).</p>	<p>2. În cadrul interviului psihologic, <i>repetiția întrebărilor este necesară și indicată</i>. Repetiția întrebărilor și a răspunsurilor este o tehnică importantă pentru psiholog, cel puțin din două motive:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) permite psihologului să verifice dacă interlocutorul este consecvent, adică dă răspunsuri similare la întrebări similare adresate în diferite momente ale interviului; b) prin formularea aceleiași întrebări în maniere ușor diferite, psihologul poate evidenția noi informații care, altfel, ar fi rămas neîmpărtășite.
<p>3. <i>Ambii participanți pot adresa întrebări</i>. Este normal ca ambii participanți la o conversație să-și adreseze reciproc întrebări cu privire la temă; dacă, de exemplu, se discută despre sănătatea copiilor, fiecare se interesează de sănătatea copiilor celuilalt.</p>	<p>3. În general, <i>doar psihologul pune întrebări</i>. Într-un interviu, majoritatea întrebărilor sunt puse de interviewer. Dacă respondentul adresează vreo întrebare, aceasta se poate face doar la invitația explicită a interviewerului.</p>
<p>4. Ambii participanți au posibilitatea să-și exprime <i>interesul în legătură cu ceea ce spune celălalt sau/și ignoranța cu privire la temele care apar în timpul conversației</i>. Una dintre regulile elementare într-o conversație este aceea ca ascultătorul să îi furnizeze vorbitorului un feedback (ceea ce i se comunică îl interesează). Acest feedback poate fi verbal („Este interesant ce-mi spui”), dar cel mai adesea este nonverbal. Asemenea expresii ale interesului sunt manifestate în egală măsură de ambii participanți în timpul conversației; dacă ele lipsesc, convorbirea poate înceta rapid. Similar, exprimarea ignoranței („Nu am auzit nimic despre asta!”) este importantă, pentru că îl asigură pe vorbitor de interesul cu care este ascultat.</p>	<p>4. <i>Atât interesul, cât și ignoranța sunt, cel mai adesea, exprimate doar de psiholog</i>. Într-un interviu, obiectivul psihologului este acela de a stimula fluxul informațional și, de aceea, exprimarea interesului și ignoranței este o modalitate importantă prin care el poate obține mai multe informații, deoarece îl asigură, astfel, pe vorbitor că ceea ce spune este valoros și interesant. De aceea, astfel de manifestări au o probabilitate mai mare de a fi produse de interviewer decât de respondent.</p>
<p>5. <i>Conversația depinde în mare măsură de cunoștințele comune, împărtășite</i>. O conversație, dacă nu are la bază o serie de cunoștințe comune, se transformă în monolog. Cu cât oamenii se cunosc mai bine unii pe alții, cu atât conversația lor va utiliza fondul comun de cunoștințe. În astfel de conversații sensul a ceea ce este spus este deseori exprimat implicit.</p>	<p>5. Într-un interviu, toate informațiile conținute în răspunsurile respondentului trebuie să fie explicite. Obiectivul interviului este de a provoca respondentul să verbalizeze, în mod explicit, cunoștințele și credințele în relație cu tema propusă.</p>

Pentru a surprinde și mai bine aspectele specifice ale interviului psihologic, ne putem raporta și la alte situații ce presupun un schimb conversațional. Realizând un fel de definiție negativă a interviului psihologic, R. Mucchielli (1994) și A. Guittet (1990) afirmă că acesta *nu este* un monolog, nu este un interogatoriu, nu este un interviu jurnalistic, nu este o dezbatere de idei, nu este o confesiune.

- *Interviul psihologic nu este un monolog* deoarece el presupune o interacțiune complementară: unul pune întrebări, celălalt răspunde; calitatea întrebărilor influențează calitatea răspunsurilor; unul vorbește, celălalt ascultă.

- *Interviul psihologic nu este un interogatoriu*; scopul convorbirii este explicit și adoptat de comun acord; cadrul de desfășurare al interviului și întrebările trebuie să permită atingerea obiectivului propus, fără a încălca libertatea celui interviat.

- *Interviul psihologic nu este un interviu jurnalistic*; interviu jurnalistic introduce un al treilea partener – publicul. Obiectivele interviului jurnalistic se află într-o relație directă cu nevoile (presupuse) ale publicului și nu vizează diagnosticul, înțelegerea sau consilierea celui interviat. Persoana interviată devine „actor” într-un spectacol (*talk show*).

- *Interviul psihologic nu este o dezbatere de idei*; dacă obiectivul principal al convorbirii îl reprezintă diagnosticul și înțelegerea celui interviat, trebuie să acceptăm realitatea psihologică a celui alt deoaecce faptele prezentate de acesta capătă sens doar în cadrul universului lui interior. Argumentarea excesivă și discuțiile în contradictoriu împiedică realizarea condițiilor considerate de C. Rogers ca fiind necesare în interviul psihologic: atitudinea empatică și neevaluativă, returnarea către client a unei imagini pozitive necondiționate.

- *Interviul psihologic nu este o confesiune*; în sens religios, confesiunea implică o atitudine morală și presupune existența la confesor a puterii de a ierta și absolvi. În convorbirea psihologică, imperativele morale, atitudinea evaluativă – în general – nu-și au locul. Deși un bun psiholog poate obține de la cel interviat mai multe informații decât acesta ar fi dorit să transmită inițial, implicarea afectivă și depășirea mecanismelor de apărare nu trebuie să limiteze libertatea celui interviat. De aceea, unii autori (A. Guittet, 1990) recomandă verificarea gradului de implicare personală a respondentului prin reformulări succesive.

Interviul psihologic presupune, în general, următoarele elemente:

- întâlnirea a două persoane;
- un context specific;
- un joc de relații emotive și afective;
- un obiectiv;
- un schimb structurat și tactic.

- *Întâlnirea a două persoane.* Procesele psihologice, comunicaționale ce intervin într-o relație duală diferă de cele care se manifestă într-o reuniune la care participă mai multe persoane. Ceea ce particularizează relația dintre psiholog și interlocutorul său (pacient, client sau subiect) în contextul altor relații de comunicare sau tipuri de convorbiri pe care le au alți profesioniști (medici, juriști, educatori etc.) este lipsa de putere a psihologului (G. Poussin, 1992). Acest fapt este evident în psihologia clinică. Pacientul care vorbește unui medic știe că acesta are puterea de a-i prescrie sau modifica

tratamentul; „cazul social” știe că în urma unei discuții cu asistentul social poate obține de la acesta anumite lucruri etc. Pacientul care vorbește unui psiholog nu știe exact dacă va avea un beneficiu concret.

De altfel, psihologului i se reproșează deseori tocmai faptul că nu aduce nimic tangibil, concret. Totuși, această lipsă de putere a psihologului este cea care face posibilă redarea puterii pacientului: puterea de a gândi singur, puterea de a descoperi propriile soluții la problemele sale etc.

În cazul în care convorbirea psihologică are scop diagnostic, psihologul este investit de clientul/pacientul său cu o anumită putere, deoarece diagnosticul poate influența evoluția lui ulterioară. Dar și în această situație, diagnosticul psihologic poate căpăta o anumită putere doar prin decizia altora, din moment ce psihologul doar consiliază, nu ia decizii.

- *Un context specific.* Avem în vedere, în egală măsură, contextul spațio-temporal, fizic și psiho-socio-cultural.

Mediul fizic impune anumite constrângeri. El trebuie să permită interlocutorilor să se privească, să se audă, iar psihologului, eventual, să aibă posibilitatea de a nota sau înregistra convorbirea. Distanța spațială, biroul, scaunele sunt tot atâtea elemente care pot apropia sau distanța interlocutorii. Aceștia s-ar putea găsi „față în față”, „unul lângă celălalt” etc. Biroul – sau, pur și simplu, un suport pentru colile de hârtie pe care se notează – poate fi o barieră, un element ce marchează „teritoriul” psihologului.

În ceea ce privește *cadrul temporal*, trebuie să subliniem că momentul întâlnirii, timpul disponibil pentru realizarea convorbirii, organizarea discuției sunt, intuitiv, interpretate: ne-am rezervat timpul necesar pentru a discuta și examina calm și metodic situația sau, dimpotrivă, convorbirea se realizează în pauza dintre două întâlniri „importante”, dintre două telefoane sau în timp ce permitem și altor persoane să ne abordeze!

În același timp, persoanele fac o selecție a problemelor lor în funcție de timpul pe care îl au la dispoziție; fiecare are un ritm propriu pentru a intra în atmosfera propice abordării unor aspecte intime sau a unor probleme importante. De aceea, durata întâlnirii variază în funcție de obiectivul convorbirii; ea se poate întinde de la 15' – în cazul discutării unor probleme logice în care implicarea afectivă personală este minimă – până la 60', când este nevoie de o explorare detaliată a unor date subiective. Dincolo de această durată, eficiența convorbirii este pusă sub semnul îndoielii: sub 15' – nu se poate realiza un bun contact psihologic între interlocutori; peste 60' – apar dificultăți în analiza și interpretarea datelor, în efectuarea unui bilanț. Când este nevoie, pot fi planificate mai multe ședințe cu același pacient/client; este cazul *interviului terapeutic și de consiliere*.

Contextul psihosocial influențează interacțiunea psihologică și relația de comunicare dintre psiholog și interlocutorul său într-o manieră mai subtilă și, de aceea, mai dificil de contracara. Fiecare dintre interlocutori intră în relația de comunicare cu toată istoria sa: valori, credințe, experiențe, coduri de comunicare etc.

În plus, avem de-a face cu o *asimetrie* a dialogului. De cele mai multe ori asimetria are la bază *emișătorul cererii*. S-ar putea crede, la prima vedere, că totdeauna cererea este efectuată de unul dintre cei doi interlocutori – psiholog, client/pacient. Totuși, nu există de fiecare dată o cerere pentru un interviu clinic. Pentru ilustrare, putem da numeroase exemple.

Un bolnav consultat într-un serviciu medical (dermatologic, gastroenterologic etc.) este *trimis* la psiholog. El a cerut să-i fie tratate erupțiile cutanate, durerile de stomac

etc. și nu se vede în situația de a discuta cu un psiholog. Este posibil ca acesta să nu dorească să discute despre problemele lui, mai ales că nu vede nici o legătură între acestea și psiholog. În aceeași situație se află părinții sau elevii care sunt îndrumați de către directorul școlii sau de către profesorul-diriginte la psihologul școlar.

Reflexii speciale merită situațiile în care convorbirea psihologică se desfășoară în medii în care libertatea individului este limitată. În mod evident, când psihologul își întâlnește clientul într-o închisoare, cei doi interlocutori suportă, fiecare în felul său, puterea instituției.

Discursul unei persoane nu poate fi interpretat în afara contextului particular în care el a fost produs. De aceea trebuie să fim prudenți în utilizarea informațiilor culese în situații insuficient de bine definite, în care individul nu poate percepe clar obiectivul convorbirii.

• *Un joc de relații emotive și afective.* Convorbirea poate fi definită și ca un *joc de relații emotive și afective*. Ea antrenează un joc al emoțiilor și sentimentelor, jocuri ale puterii, seducției, rivalității, opoziției etc. Discuția va fi influențată de percepțiile reciproce ale celor doi interlocutori ; fenomenele proiecției, interpretării, identificării cu interlocutorul deformează mesaje.

În orice convorbire, fiecare interlocutor verifică dacă a fost bine înțeles ; feedbackul primit poate determina reluări, reformulări, clarificări cu efecte pozitive asupra transparenței conținutului intelectual al mesajului. Totuși, această transparență nu se regăsește și în domeniul sentimentelor și emoțiilor ; afectivitatea are o „logică” particulară și, de aceea, un individ poate trăi sentimente contradictorii față de aceeași persoană. Relațiile care alcătuiesc situația de comunicare pot fi, astfel, marcate de ambivalențele, ambiguitățile și contradicțiile afectivității.

• Interviu poate avea diverse *obiective* :

- psihodiagnostic ;
- selecție și recrutare ;
- consiliere, psihoterapie etc.

În funcție de obiectivele vizate, vor fi utilizate demersuri și tehnici diferite.

• Interviu este *un schimb structurat și tactic* de informații.

Am spus deja că interviul clinic, convorbirea, nu este o discuție oarecare. Individul este angajat direct într-un sistem de influențe, se implică în relația de comunicare, conștient sau inconștient, pornind de la propriile sale interese. Întâlnirea nu este niciodată neutră, nici din punct de vedere afectiv, nici din punct de vedere social. Persoanele pot coopera, pot să se opună, să falsifice (conștient sau inconștient) informațiile transmise, să se apere etc. De aceea, acest tip de comunicare necesită o bună formare și experiență profesională manifestată la următoarele două niveluri :

- nivelul tehnicilor : formularea și adresarea întrebărilor, reformularea, abordarea tactică etc ;
- nivelul comportamentelor : îmbunătățirea capacității de observare, autocontrolul reacțiilor, flexibilitatea atitudinilor, creșterea adaptabilității.

Convorbirea psihologică nu tolerează nici improvizația, nici incompetența, care conduc rapid la neînțelegeri, dacă nu chiar la conflict.

2. Mecanisme și procese psihologice implicate în interviul clinic

Orice interviu psihologic își atinge scopul doar în măsura în care psihologul își ajută interlocutorul să se exprime, îi stimulează disponibilitatea și bogăția universului interior. Este o competență pe care psihologul o dobândește treptat; ea presupune cunoștințe teoretice, experiență practică, autoobservare și autoanaliză.

Interesându-se în mod deosebit nu doar de fapte observabile, ci mai ales de ceea ce simte și gândește interlocutorul său, psihologul care este angajat într-o convorbire clinică trebuie să fie conștient de faptul că, în relația duală dată, fiecare induce celuilalt gânduri, emoții, comportamente. În ce măsură „realitatea” psihologică pe care psihologul dorește să o diagnosticheze, să o înțeleagă sau să o influențeze se referă doar la interlocutorul său? În ce măsură spațiul intersubiectiv al relației psiholog-client (pacient, subiect) activează comportamente, trăiri, gânduri susceptibile a fi generalizate astfel încât primul să ajungă la o anume imagine despre felul de a fi în lume al celuilalt? Cu alte cuvinte, în ce măsură relația dintr-un interviu clinic poate fi considerată prototipul relațiilor sociale semnificative în care este angajat clientul (pacientul) astfel încât, prin analiza interacțiunilor verbale și nonverbale pe care aceasta le prilejuiește, să accedem la mecanismele profunde psihosociale care fac din el să fie ceea ce este?

Pentru a răspunde mai bine întrebărilor de mai sus, propunem o scurtă trecere în revistă a unor procese și mecanisme psihologice pe care spațiul psihosocial, intersubiectiv al convorbirii psihologice le activează, în egală măsură, la nivelul celor doi actori: psiholog și client.

2.1. Empatia și identificarea

Înțelegerea empatică a clientului de către psiholog. Într-o convorbire psihologică, înțelegerea empatică are la bază întâlnirea celuilalt în baza unor dimensiuni sau puncte comune. Deseori, pentru descoperirea acestora, apelăm la o activitate sau un obiect intermediar: un joc cu un copil, o problemă profesională cu un salariat, audiția unui fragment muzical cu un psihotic etc.

„A fi empatic înseamnă, spune C. Rogers, a percepe cu acuratețe cadrul intern de referință al altuia, cu toate componentele sale emoționale și semnificațiile care-i aparțin «ca și cum» ai fi cealaltă persoană, dar fără a pierde condiția de «ca și cum»” (cf. S. Marcus, 1997, p. 13).

Înțelegerea empatică are la bază o pendulare continuă a psihologului în câmpul intersubiectiv al relației sale cu clientul, timp în care se produce o apropiere de cadrul de referință intern al acestuia, până la identificare, după care se depărtează din nou, conștientizând propria identitate. Deci *empatia nu este o stare, ci, mai degrabă, o mișcare perpetuă, o oscilație între diferență și similitudine.*

Căutând să înțeleagă sensul limbajului interlocutorului, utilizând cuvintele sale și reprezentându-și mediul fizic și social în care trăiește, istoria lui, psihologul va reuși, în final, să intre în universul interior al clientului și să perceapă realitatea ca și cum ar privi cu ochii acestuia din urmă.

Comportamentul empatic al psihologului poate stimula clientul să ceară sfaturi utilizând formula: „Dacă ai fi în locul meu, ce ai face?”. Deseori, răspunsul care începe cu „Dacă aş fi în locul d-voastră, eu aş face...” denotă o credință naivă și inadecvată despre capacitatea pe care o are respectiva persoană de a se transpune în locul cuiva; în plus, „soluția” furnizată astfel întreține iluzia unei identități comune a celor doi protagoniști.

Deși ceilalți sunt făcuți din același „aluat” ca și noi (pot fi triști sau veseli, se gândesc la diverse lucruri etc.), există totuși atâtea *diferențe* pe care, în calitate de psihologi, trebuie să le avem mereu în vedere: sexul, vârsta, mediul cultural, statutul social, profesia, trăsăturile de personalitate, sistemul de defense etc. De aceea, psihologul trebuie să evite angajarea într-o identificare activă cu clientul său – „Ce aş face în locul lui?” – antrenându-și, mai curând, sensibilitatea de a evalua realitatea cu unitatea de măsură utilizată de client – „Ce aş putea face dacă aş fi în locul lui pentru a rezolva această problemă?”. Astfel, *identificarea* psihologului cu interlocutorul său nu conduce la pierderea identității celui dintâi, ci la „introiectarea unui număr suficient de părți ale celui alt pentru a lucra împreună asupra aceluiași material” (G. Poussin, 1992, p. 43).

În interviul clinic, psihologul trebuie să controleze procesul de identificare în așa fel încât să poată face acest fapt fără a trăi iluzia identității pacientului. Efectele acestei iluzii pot fi observate în relațiile cu anumiți pacienți față de care este greu de găsit distanța psihologică adecvată. Am putea să ne gândim, de exemplu, la pacienții diagnosticați cu boli foarte grave, precum cancerul sau SIDA: apropierea lor ne confruntă pe noi înșine cu propriile angoase generate de ideea morții.

Identificarea afectivă activă cu pacientul îl face pe psiholog mai puțin apt să perceapă diferitele elemente care alcătuiesc problema acestuia, conferă o anumită specificitate, mărește riscul unei contaminări afective depresiv anxioase a pacientului și a unei conduite hiperprotective din partea psihologului.

Psihologul se poate identifica și cu o persoană din enturajul pacientului. Pentru a ilustra această „capcană”, ne putem gândi la riscul ca un psiholog școlar, care are unul din părinți în calitate de client, să se identifice cu copilul, absent la discuție și prezentat ca „acuzat”. Acest fapt îl împiedică pe psiholog să stabilească o relație adecvată cu clientul său și să sesizeze problemele psihologice autentice ale acestuia, generate de rolul de părinte, și care au determinat solicitarea ajutorului psihologic.

Identificarea clientului cu psihologul. De cele mai multe ori, identificarea clientului cu psihologul are o funcție sanogenetică. Prin această identificare, clientul introiectează o anumită atitudine a psihologului care-l ajută să ia distanță față de problemele sale, să le observe, să le elaboreze și să le reformuleze. Dedramatizarea problemelor, calmul și siguranța psihologului pot deveni elemente ale cadrului intern al clientului. Dacă maturizarea psihosocială are la bază decentrarea eului (Piaget), adică posibilitatea de a te raporta la aceeași realitate din mai multe puncte de vedere – atunci introiectarea de către client a atitudinilor și punctelor de vedere ale psihologului poate contribui la maturizarea psihosocială a acestuia.

Imaginea de sine reprezintă expresia unei anume atitudini față de sine. În condițiile în care psihologul se raportează la client cu interes, încredere și respect, introiectarea acestor atitudini va diminua sentimentele de inferioritate și de anxietate ale clientului. De asemenea, identificându-se cu psihologul, clientul va învăța să aibă aceeași atitudine de respect și înțelegere față de punctele de vedere și nevoile celorlalți.

2.2. Proiecția

Proiecția este un proces care are la bază o dinamică specifică prin care niște conținuturi psihologice interne sunt deplasate în exterior. Din punct de vedere psihanalitic, proiecția desemnează

„operația prin care subiectul expulzează din sine și localizează în altul, persoană sau lucru, calități, sentimente, dorințe, chiar «obiecte» pe care nu le cunoaște sau le refuză în sine însuși” (Laplanche și Pontalis, 1994, p. 308).

Deplasarea și localizarea într-un anumit spațiu reprezintă elementele de bază ale diverselor definiții date proiecției. Subiectul trăiește experiențele celui alt ca fiind similare cu ale sale, caz în care unii autori utilizează termenul de *introiecție*, sau atribuie propriile sale calități, sentimente și conduite unor persoane din jur. Procedând astfel, el modifică „inconștient” obiectele, lumea exterioară. Dar procesul de atribuire a unor însușiri proprii celui alt este strâns legat de o slabă cunoaștere a propriilor însușiri (calități, sentimente, dorințe).

Proiecția este un mecanism de apărare împotriva unor stimuli interni dezagreabili contra cărora subiectul nu poate lupta; e mai convenabil, de aceea, să arunce această parte „rea” din el în exterior.

Interviul psihologic este – implicit sau explicit – o situație de evaluare, în care subiectul, răspunzând la întrebările psihologului sau la cele pe care, într-un plan secund, și le pune chiar el însuși, se confruntă cu propria imagine. În această confruntare, proiecția ca mecanism de apărare poate genera diverse atitudini care modifică realitatea psihologică pe care ne propunem s-o analizăm. G. Poussin semnalează și un alt fel de proiecție care nu implică personalitatea subiectului, ci pe cea a psihologului. Acesta din urmă poate proiecta anumite cadre teoretice securizante pentru el, ca specialist, și în care se grăbește să „îngheșue” materialul psihologic furnizat de subiect.

2.3. Transferul

Fiecare intră într-o relație cu celălalt aducând cu sine toată istoria personală. Toate interacțiunile sociale sunt construite cu ajutorul modelelor interne ale fiecăruia, modele care au la bază experiența trecută; aceasta înseamnă că, în mod obișnuit, oricine este implicat într-o relație interpersonală, interpretează sau așteaptă anumite reacții din partea celuilalt în baza trecutului său unic. *Transferul desemnează tocmai acest proces de actualizare în cadrul unei relații anume a unor modalități relaționale inconștiente și care își au originea în istoria personală a individului, mai ales în copilăria sa – conform teoriei psihanalitice*. Dacă privim transferul astfel, atunci, parafrazându-l pe P. Watzlawick, putem spune că „nu putem să nu transferăm” experiența noastră anterioară (inclusiv angoase, fanteze etc.) atunci când intrăm în relație cu cineva.

Fenomenele transferențiale se manifestă atât la nivelul subiectului, cât și la cel al clinicianului (psiholog, medic etc.). În acest ultim caz se vorbește despre *contratransfer*.

În relația creată de interviul clinic, transferul joacă un rol foarte important. Indiferent dacă subiectul (client sau pacient) este adus sau vine din proprie inițiativă, indiferent de obiectivele sale (diagnostic, terapie, recrutare etc.), interviul are la bază o cerere care, prin faptul că poate sau nu să fie satisfăcută, creează o anumită tensiune afectivă propice

activării unor patternuri relaționale primare. Unele persoane se vor raporta la clinician ca la un personaj protector și atotputernic, altele îl vor percepe ca pe un rival, un concurent; unele vor fi atrase de un anumit tip de personalitate, de un anumit fel de a fi, respingând interlocutorii care nu corespund acestor modele interne.

2.4. Contratransferul

Acest termen desemnează *ansamblul reacțiilor inconștiente ale clinicianului față de interlocutorul său și, în mod deosebit, față de manifestările transferențiale ale acestuia*. Freud vedea contratransferul ca fiind rezultatul „influenței bolnavului asupra sentimentelor inconștiente ale medicului” și gândea că analistul „nu merge mai departe decât îi permit propriile complexe și rezistențe interioare” (Laplanche și Pontalis, 1994, p. 107).

Contratransferul are două dimensiuni:

- una se referă la reacțiile inconștiente ale clinicianului, care își au originea în problematica sa personală; se poate întâmpla ca discursul clientului să-i amintească clinicianului ceva ce și el însuși a trăit;
- cealaltă dimensiune se referă la utilitatea diagnostică a contratransferului; reacțiile contratransferențiale induse de subiect clinicianului îl vor ajuta pe acesta din urmă să-și înțeleagă mai bine clientul.

Lărgind oarecum sfera conceptului de contratransfer, unii autori vorbesc în cazul situației de interviu despre *contraatitudini*.

Deoarece manifestările contratransferențiale pot influența, într-o manieră hotărâtoare, cursul interviului clinic, vom menționa și clarifica, pe scurt, câteva dintre ele.

Anxietatea. Este important ca psihologul să fie calm în raport cu problemele celui alt. El poate, într-o manieră nonverbală, să transmită celui alt anxietatea sa, în condițiile în care clientul are nevoie, mai degrabă, de o atitudine neutră și securizantă pentru rezolvarea problemei sale. De aceea, clinicianul trebuie să învețe să ia o anumită distanță față de problemele clientului său, chiar dacă acestea îi evocă experiențe pe care el însuși le-a trăit. Distanța psihologică adecvată îi conferă clinicianului claritate și putere în activitatea de diagnostic și intervenție.

Atitudinea caritabilă sau supraprotectoare. Clinicianul poate dezvolta o dorință de reparație, de protecție și ajutor. Totuși, deși laudabilă, această atitudine binevoitoare poate prejudicia, pe termen lung, clientul, deoarece încurajează o relație de tip asimetric, împiedicând astfel dezvoltarea acestuia spre un comportament autonom care să-i permită testarea limitelor și identificarea resurselor proprii.

Agresivitatea. Clinicianul este binevoitor în sensul că este disponibil să asculte toate problemele clientului. Această atitudine nu elimină problema agresivității. Clinicianul trebuie să fie capabil să suporte agresivitatea clientului (în limitele deontologice ale profesiei) dar, mai ales, să-și suporte propria agresivitate. Pacienții pot irita, induce disconfort și sentimente de respingere; recunoscându-le și acceptându-le ca atare, clinicianul îi ajută, în acest fel, pe clienți să-și accepte propriile manifestări agresive.

Prejudecățile și credințele a priori. Între manifestările contratransferențiale se întâlnesc și cele determinate de prejudecățile clinicianului. Ele pot să-și aibă originea în valorile sale culturale, ideologice, religioase etc. Cum va reacționa un clinician ateu în fața unei persoane foarte religioase?

3. Comunicarea nonverbală

Comunicăm cu ajutorul cuvintelor, modulațiilor vocii, corpului, posturilor, gesturilor și expresiilor mimice. Nu putem să nu comunicăm. Chiar când nu spunem nimic și rămânem imobili, transmitem un anume mesaj.

Mesajul pe care îl transmitem celorlalți depășește conținutul semantic al cuvintelor pe care le utilizăm. Cercetările au evidențiat că în timpul unui discurs prezentat în fața unui grup, 55% din impactul acestuia se datorează limbajului corporal (postură, gesturi, contact vizual), 38% tonului vocii și doar 7% conținutului verbal al mesajului transmis (Mehrabian și Ferris, 1967). Aceste procente diferă de la o situație la alta: limbajul corpului și tonul vocii schimbă enorm impactul și semnificația mesajului. În foarte multe situații este mai important *cum* spunem decât *ceea ce* spunem! De câte ori un „Da” nu înseamnă „Nu” sau invers, în funcție de felul în care aceste cuvinte sunt spuse? Când cuvintele sunt conținutul „digital” al mesajului, posturile, gesturile, expresiile mimice formează contextul; iar acestea împreună – conținut și context – asigură semnificația comunicării.

În continuare, vom prezenta câteva din elementele cele mai importante ale contextului (A. Guittet, 1990).

a) **Teritoriul.** Biroul este un spațiu privat, personalizat. Modul în care cineva străin are acces în acest spațiu este încărcat de semnificații psihologice: ușa este mereu deschisă sau nu?; pentru a intra este nevoie să se stabilească o întâlnire cu câteva zile înainte?

Spațiul în care se desfășoară interviul psihologic sau consultația nu este un loc neutru. Interviul se poate realiza în biroul psihologului sau la domiciliul clientului său. Cele două situații pot fi interpretate diferit. Spațiul induce semnificații particulare. Mai întâi, este evident că cel care se află „în deplasare” se află într-o poziție psihologică inferioară. Apoi, biroul ne informează despre statutul indivizilor; el poate fi amenajat pentru a facilita atingerea unor scopuri implicite sau explicite: vehiculează ideea puterii, își propune să impresioneze, să seducă, să faciliteze comunicarea etc.

În funcție de contextul psihologic pe care îl creează, pentru descrierea unui birou se pot utiliza diverse adjective precum: călduros, agreabil, impersonal, rece, trist, morbid etc.

a₁) **Deplasările.** Deplasările în spațiul biroului creează un anume context psihologic. În primul rând ne referim la intrarea într-un birou: ești întâmpinat la ușă, ești condus într-un loc anume unde te poți așeza sau pur și simplu ți se face semn să înaintezi, din spatele unui birou impozant?

Modul în care cineva se deplasează într-un anume spațiu depinde de sentimentul său de securitate, de tipul de relații pe care le stabilește cu ceilalți. Libertatea de mișcare și absența unor frontiere precise sunt indicatori ai încrederii care există între două persoane. De pildă, dacă în cursul convorbirii unul dintre interlocutori este așezat, în timp ce celălalt se deplasează – este posibil ca această situație să traducă raporturi de dominare.

a₂) **Spațiul intim.** Distanța fizică existentă între două persoane care comunică traduce destul de bine distanța psihologică dintre interlocutori: spunem un secret unei persoane de încredere apropiindu-ne de urechea ei, dar comunicăm o dispoziție oficială cuiva plasându-ne la o *distanță socială*, adică 1-1,5 m). În general, menținem în jurul nostru un *spațiu intim* care ne permite libertatea mișcărilor și ne asigură un sentiment de

securitate. Când, în anumite situații sociale – în lift, metrou etc. –, acest spațiu intim este violat, oamenii apelează automat la gesturi de maximizare a distanței psihologice: evitare a privirii celuiilalt, mimică neutră, imobilă etc.

Mărimea spațiului intim – în general sub 1 m – variază de la un individ la altul și invadarea lui are efecte psihologice diferențiate. Persoanele timide sau cu o anume fragilitate psihologică preferă să-și țină interlocutorul la distanță. Ele resimt mai mult decât altele intruziunile în spațiul lor intim. Hall (1966) consideră că spațiul personal se organizează pe mai multe zone, fiecare cu o funcție psihosocială precisă:

1. Distanța intimă

- a) modul apropiat – este spațiul în care se realizează actul sexual și lupta corp la corp.
- b) modul îndepărtat: 15-40 cm – exprimă intimitate, delimitează „nișa” psihologică a fiecăruia – se simte parfumul celuiilalt, se vorbește în șoaptă.

2. Distanța personală

- a) modul apropiat: 45-74 cm – este distanța de un braț, „spațiul familial”.
- b) modul îndepărtat: 75-125 cm – limita contactului fizic cu celălalt; este zona în care se desfășoară multe convorbiri neutre între persoane relativ apropiate.

3. Distanța socială

- a) modul apropiat: 1,25 m-2,10 m – distanța relațiilor profesionale; de obicei interlocutorii sunt separați între ei de obiecte care marchează clar teritoriul social al indivizilor: birou, masă, ghișeu etc.
- b) modul îndepărtat: 2,10 m-3,60 m – distanța care semnalizează ierarhie, nevoie de liniște etc.

4. Distanța publică

- a) modul apropiat: 3,60 m-7,50 m – semnifică prezența colectivității; locutorul joacă un rol social (de exemplu: profesor – elev).
- b) modul îndepărtat: 7,50 m și mai mult. Este distanța la care se joacă spectacolele de teatru sau se țin discursuri politice. Discursul este foarte formalizat, interlocutorii sunt pasivi.

a₃) *Poziția spațială.* Despre convorbirea psihologică se vorbește deseori ca despre o situație „față în față”. Totuși, poziția de față în față indică, mai degrabă, o relație de opoziție, de apărare-atac. Situația în care interlocutorii sunt așezați într-un unghi de 45°-90° acordă o mai mare libertate și un confort sporit fiecăruia, deoarece întâlnirea privirii celuiilalt devine oarecum opțională.

În mod spontan, în cursul unei discuții, interlocutorii își schimbă poziția și distanța funcție de obiectivele și încărcătura afectivă a mesajelor transmise.

a₄) *Contactul corporal.* Maniera în care corpurile se ating, se întâlnesc, se împartează sau se evită este influențată de stările emotive și de habitudinile socio-culturale. Prin atingerea corpului transmitem diverse stări emotive (neliniște, prietenie, siguranță, relaxare etc.) deoarece contactul corporal este una dintre formele primare ale comunicării.

Strângerea mâinii este o experiență tactilă plină de informații. Este hotărâtă, ezitantă, indolentă, puternică și dominatoare, cu „scuturări” ușoare, sacadate? Este realizată prelungit cu întreaga mână sau cel care interviuează nu oferă decât două degete? Mâna

este întinsă spontan? Se așteaptă inițiativa gazdei pentru întinderea mâinii? Mâna este îndoită sau vizibil întinsă pentru a menține distanța maximală?

Durata strângerii mâinii este implicit codificată și, funcție de contextul cultural, prelungirea ei va fi trăită ca o manifestare călduroasă sau, dimpotrivă, ca o intruziune în spațiul personal al celuilalt.

În timpul evaluării persoanelor cu anumite tulburări psihice, o strângere de mână, o atingere ușoară a umerilor poate securiza și stimula realizarea unei comunicări autentice. În timpul consultațiilor psihoterapeutice, atingerea pacienților se realizează în funcție de sistemul terapeutic practicat și de obiceiurile culturale, în general după obținerea, în prealabil, a acordului acestora.

b) Postura. Postura, echilibrul corpului și al coloanei vertebrale exprimă atitudini noastre fundamentale. De la primul contact simțim o atitudine deschisă, primitoare sau, dimpotrivă, o atitudine de respingere, dispreț sau supunere. Cineva cu o atitudine de supunere evidentă este descris, în mai multe culturi, ca neavând coloană vertebrală! Nu ne propunem aici să decodificăm manifestările posturale specifice principalelor atitudini care pot apărea într-o situație de comunicare. Subliniem doar că psihologul, clinicianul trebuie să adopte, în general, o atitudine deschisă, care să stimuleze contactul psihologic cu clienții săi: capul ușor aplecat într-o parte, corpul aplecat în față, postura suplă și destinsă.

Fiind, în bună măsură, inconștiente, manifestările posturale ne oferă informații prețioase. Ele se modifică în funcție de dinamica situației comunicative. Când sunt permanente, ele exprimă atitudinile noastre fundamentale: depresivul are corpul aplecat, capul căzut, umerii parcă împovărați de un destin ingrat; narcisicul își expune ostentativ corpul privirii celuilalt etc.

b₁) Tonusul – indică energia mobilizată. Mușchii devin hipertonicți în situații de concentrare, anxietate, conflict. Ei devin hipotonici, destinși, în stările de relaxare și, deseori, în depresie și tristețe. Hipotonia poate să fie și semnul lipsei de considerație față de interlocutor sau a dezinteresului pentru tema abordată.

b₂) Gesturile. Gesturile însoțesc, subliniază și punctează discursul nostru. Ele exprimă maniera noastră de a gândi, de a resimți lucrurile; ele traduc realitatea noastră profundă, o fac vizibilă unui observator atent și avizat. Mișcărilor corpului pot fi categorizate în câteva tipuri, fiecare având o funcție diferită (Ekman și Friesen, 1969). *Emblemele* sunt substitute pentru cuvinte (de pildă, degetele în V – emblema victoriei). *Ilustratorii* acompaniază vorbirea (exemplu – pescarii ilustrează mărimea peștilor prinși cu ajutorul mânilor). *Regulatorii* (de exemplu, mișcărilor capului) monitorizează fluxul conversației, în timp ce *adaptorii* sunt gesturi care, la fel ca majoritatea celorlalte categorii, scapă controlului conștient și nu au, în general, scop comunicativ (exemplu – mușcarea buzelor, mișcarea automată a creionului aflat în mână sau desenarea automată a unor linii neregulate, figuri etc.). Dacă emblemele, ilustratorii și regulatorii însoțesc și completează mesajul verbal, adaptorii ne pot informa, mai ales, despre contextul emoțional în care se realizează comunicarea.

Incongruența dintre mesajul verbal și cel al corpului poate fi o importantă sursă de informații pentru psiholog. Este deja banală situația în care gura spune „Da”, iar întregul corp spune „Nu”! Mișcărilor corpului furnizează informații care, deseori, nu pot fi obținute prin analiza conținutului verbal sau a expresiei faciale. Cercetările în acest domeniu au evidențiat că mișcărilor picioarelor trădează cel mai ușor realitatea psihologică

profundă a interlocutorilor, deoarece ele sunt mai puțin conștientizate și controlabile voluntar. În acest clasament urmează mâinile și fața ca surse de indicatori nonverbal ai stării psihice.

Utilizarea adecvată a mișcărilor capului de către psiholog (clinician) îi poate face pe clienți (pacienți) să se simtă ascultați și urmăriți cu atenție atunci când vorbesc. Deseori, intervențiile verbale sunt înlocuite cu ușoare mișcări ale capului, care semnalizează interlocutorului că suntem cu el și-l încurajăm să continue. Totuși, utilizarea exagerată a acestor mișcări poate avea efecte contrare.

c) Fața și mimica. Există fețe care atrag și inspiră încredere, altele pe care nu am dori să le mai revedem vreodată, mai ales când suntem singuri! Există fețe nervoase, crispatе, flegmatice, senzuale, voluntare, sanguine etc. Trăsăturile sunt dilatate sau retractate. Caracterologia a încercat să acorde diverse semnificații trăsăturilor feței: partea de sus a feței s-ar afla în relație cu intelectul, partea de jos ar exprima forța instinetelor, în timp ce partea mediană ar reflecta viața emoțională. Totuși, nici o clasificare nu a reușit să ofere explicații valide pentru marea diversitate a fețelor pe care le întâlnim. Însă trebuie să admitem că emoțiile, trăsăturile caracteriale și habitudinile socio-culturale sfârșesc prin a ne modela o „mască” asupra căreia evenimentele vieții își lasă amprenta. Starea de liniște și seninătate va ilumina fața, în timp ce tristețea și teama o vor împietri. Contractiile mușchilor feței sunt buni indicatori ai expresiilor emoționale: persoana tristă are fruntea încrețită, colțurile gurii căzute, cea mândră are o privire „neagră”, buzele strânse, maxilarele contractate etc.

Pentru a evita erorile în interpretarea acestor indicatori trebuie să avem permanent în vedere contextul în care ei apar, precum și considerarea expresiilor faciale în dinamica lor. Deseori, micro-expresiile care apar în cursul conversației constituie cele mai bune coduri pentru o analiză validă: o ușoară tensiune în privire, o ridicare a sprâncenelor, o grimasă etc.

O trăsătură facială importantă este zâmbetul. Deși, în general, zâmbind părem prietenoși și îi încurajăm pe ceilalți să comunice cu noi, atragem atenția că zâmbind prea mult atunci când subiecții sau clienții noștri ne vorbesc despre probleme serioase am putea pare neserioși, superficiali, iar zâmbetul – un comportament neautentic, artificial.

d) Privirea. A intra în relație cu o persoană înseamnă, mai întâi, a realiza un schimb de priviri. A-l accepta pe celălalt înseamnă a-i accepta privirea. A vedea și a fi văzut sunt acțiuni primare într-o relație conversațională. Cu ajutorul privirii transmitem cele mai subtile nuanțe ale emoțiilor și gândurilor noastre. Privirea poate fi directă, încrezătoare, veselă, ipocrită, goală etc. De altfel, se spune deseori că „ochii sunt oglinda sufletului”.

Durata contactului vizual în cursul unei interacțiuni variază între 28% și 70% din durata acesteia (Kendon, 1967), iar fixarea reciprocă a privirii nu depășește, în general, o secundă. La începutul unei interacțiuni, cuplul intervievator – interviuat declanșează o „negociere” înconștientă privind durata și frecvența contactului vizual. Un contact vizual minim semnalează un interes scăzut pentru mesajul transmis de interlocutor, în timp ce un contact vizual prelungit poate induce acestuia sentimente de disconfort, ideea că celălalt dorește să-l controleze, să-l evalueze, să-l domine.

Contactul vizual este influențat și de alți factori: distanța spațială, mimica, postura, conținutul verbal, contextul. Astfel, o persoană care vorbește despre probleme personale, intime, importante, va avea tendința de a scădea frecvența privirilor adresate interlocutorului. În general, privim interlocutorul mai mult atunci când ascultăm decât atunci

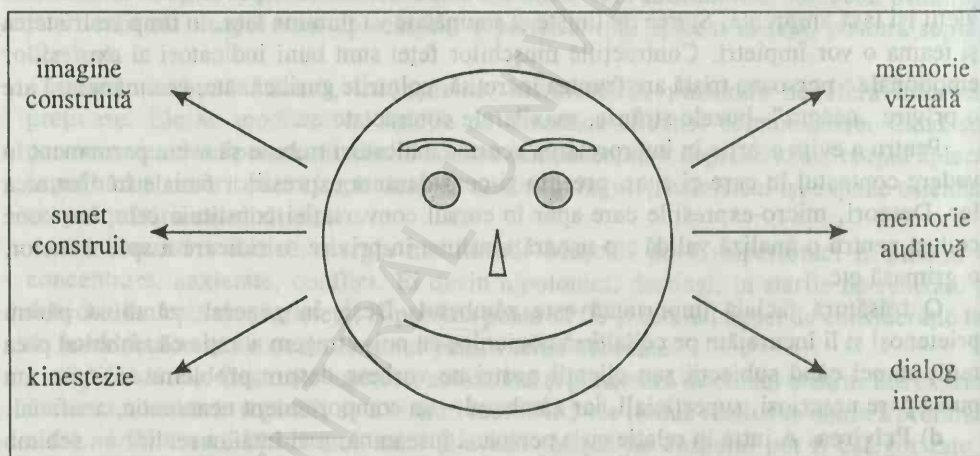
când vorbim. În acest context, subliniem că privirea clinicianului (psiholog, medic), poate încuraja sau descuraja clienții (pacienții) să abordeze unele probleme.

Privirea este influențată de starea afectivă și de unele caracteristici de personalitate: un depresiv va avea tendința să-și orienteze privirea în jos, istericul va avea o privire strălucitoare, mobilă, un paranoic va privi fix, bănuitor etc.

În sfârșit, felul în care persoanele se privesc variază funcție de diverse coduri socio-culturale.

e) **Mișcările oculare.** Există numeroase cercetări care și-au propus să decodifice relația dintre activitatea cognitivă și mișcările globilor oculari. Relativ recent, Grinder și Bandler – fondatorii programării neuro-lingvistice – au propus un model relativ simplu în acest domeniu, conform căruia mișcările globilor oculari sunt adevărate „chei de acces” la activitatea cerebrală determinată de stimulii externi.

Astfel, când o persoană rememorează o imagine vizuală, globii oculari se orientează lateral și în sus; amintirea unui sunet ar corespunde mișcărilor laterale ale globilor oculari, în timp ce senzațiile kinestezice ar provoca o mișcare a acestora spre în jos (vezi figura de mai jos).



Aceste ipoteze se cer a fi verificate pentru fiecare individ. Deși cercetările sistematice din domeniu nu au verificat, într-o manieră convingătoare, modelul propus de Bandler și Grinder, în practică el poate oferi informații utile facilitării comunicării. Multe neînțelegeri își au originea în faptul că interlocutorii utilizează registre diferite pentru receptarea și prelucrarea informațiilor.

f) **Vocea.** Ascultarea vocii cuiva ne furnizează informații privind starea emotivă, intențiile, atitudinea și diverse alte caracteristici ale acestuia.

Timbrul dă culoare unei voci. O voce poate fi armonioasă, agreabilă sau, dimpotrivă, metalică, seacă, spartă.

Înălțimea sunetelor este funcție de frecvența lor. În plan psihologic, înălțimea sunetelor vocii ne furnizează informații referitoare la registrul emoțional al unei intervenții. În general, vocea devine ascutită în accesele de mânie și tensiune și coboară în frecvență, devenind gravă, în cazul depresiei. **Intensitatea sunetelor** ne va indica energia și vigoarea unei voci sau, dimpotrivă, oboseala și epuizarea sa. Întreaga noastră existență

este racordată la un anumit *ritm*. Ritmul vorbirii exprimă o atitudine existențială specifică, este maniera fiecăruia de a se situa în discurs, modul în care oamenii reacționează la stimuli interni sau externi. Ritmul vorbirii exprimă anumite caracteristici ale personalității: extravertitul are tendința de a accelera ritmul vorbirii, în timp ce introvertitul îl încetinește; în depresie și melancolie ritmul este lent, debitul monoton etc. Când ritmurile se opun fundamental în cadrul unei convorbiri, comunicarea devine deseori foarte dificilă. Ritmul este suportul fundamental al atenției. Monotonia și repetiția plictisesc. O convorbire eficientă menține un bun echilibru între repetiția unui ritm de bază și variațiile diverse care captează atenția interlocutorilor.

Într-o convorbire, psihologul trebuie să fie foarte sensibil la muzica vocii: fie pentru a-și modula propriile intervenții, fie pentru a-și cunoaște mai bine propriul interlocutor. El trebuie să înregistreze modificările tonului, ale debitului, accentele puse pe anumite cuvinte sau pe o anumită frază și să încerce să le raporteze la conținutul mesajului și contextul comunicării.

g) *Modificările fiziologice*. În timpul situației de interviu se produc totdeauna anumite modificări fiziologice, care vizează:

- *ritmul respirației*: încetinire, accelerație, respirație subclaviculară sau abdominală etc.;
- *sistemul circulator*: paloare, înroșire;
- *tonusul*: tensiune, relaxare, tremurături;
- *pielea și reglările termice*: transpirație, frisoane;
- *reflexul de deglutiție*: mișcări repetate de înghițire a salivei.

Toate aceste manifestări exprimă influențele sistemelor simpatic și parasimpatic care inhibă sau activează corpul. În cadrul interacțiunilor sociale, există semnale spontane pe care individul nu le poate controla: este puțin posibil să transpiri sau să te înroșești la comandă! Controlul corpului este deseori mult mai dificil decât cel al discursului. De aceea, în timpul unei convorbiri psihologice trebuie să fim foarte atenți la elementele mai puțin controlabile ale interlocutorului nostru. Cel care sesizează un anumit dezacord între mesajele sale verbale și nonverbale trăiește o stare difuză de disconfort; și cu cât încearcă să controleze mai bine unele elemente ale comportamentului său, cu atât crește probabilitatea diminuării controlului altor comportamente. Și astfel, el face mai vizibil ceea ce ar fi dorit să rămână invizibil!

4. Sincronizarea – stabilirea raportului psihologic

În programarea neurolingvistică se utilizează termenul de *raport* cu referire la climatul relațional comprehensiv și la dorința de colaborare. Nici un interviu psihologic nu-și poate atinge obiectivele dacă nu se desfășoară în cadrul unui astfel de raport.

Deseori ni se întâmplă să observăm că, deși se află foarte aproape unii de ceilalți din punct de vedere fizic, unii oameni rămân destul de străini, de îndepărtați și inaccesibili din punct de vedere psihologic. Indiferent dacă este vorba de o situație de psihodiagnostic, de terapie sau consiliere, armonia și empatia sunt esențiale stabilirii unei atmosfere de

încredere și participare, în care interlocutorii pot reacționa liber. Ce facem pentru a stabili și dezvolta o relație empatică? ; cum construim o relație deschisă de încredere?

Pentru a da un răspuns util practicii clinice ar trebui, mai întâi, să ne punem o altă întrebare: „Cum știm dacă două persoane se află într-o relație empatică?”. Dacă, într-adevăr, într-o relație de comunicare cuvintele contează atât de puțin (7% – conform cercetării lui Mehrabian și Ferris, citată mai sus), înseamnă că, în bună măsură, răspunsul la întrebarea noastră trebuie căutat în domeniul comunicării nonverbale și paraverbale. Limbajul corpului și tonalitatea vocii par să joace rolul cel mai important în crearea unui bun raport psihologic. De câte ori, atunci când dorim să intrăm în relație cu un copil mic, nu adoptăm o poziție a corpului asemănătoare poziției corpului lui, eventual ne sprijinim pe genunchi și mâini, ne schimbăm vocea și pronunțăm cuvintele încercând să-l imităm cât mai bine!

Sincronizarea este un fenomen natural. Întâlnirea a două sau a mai multor persoane care își propun dezvoltarea unei relații bazate pe o atmosferă comprehensivă și de acceptare antrenează un fel de contagiune corporală, de apropiere fiziologică spontană.

Pentru descrierea unui bun raport psihologic se utilizează deseori metafora dansului. La fel ca într-un dans, persoanele aflate într-o bună relație de comunicare răspund la mișcările celuilalt sau le reflectă utilizând propriile mișcări. Limbajele corporale ale persoanelor respective sunt complementare. Când suntem într-o relație empatică cu cineva, corpul nostru adoptă o postură asemănătoare corpului celuilalt, facem gesturi similare, respirăm la fel, ritmul vorbirii și intensitatea vocii se apropie de cele ale partenerului nostru. Dacă acceptați atmosfera de complicitate pe care v-o propune interlocutorul veți face și dumneavoastră un pas spre el și-i veți răspunde cu aceeași intensitate a vocii. Dacă procedați altfel, înseamnă că refuzați „dansul” pe care vi-l propune partenerul.

Comportamentul nonverbal bine sincronizat cu cel al interlocutorului creează o relație armonioasă care alimentează sentimentul de încredere reciprocă. Putem stabili o relație armonioasă cu aproape oricine, perfecționându-ne în mod conștient tehnicile de empatizare pe care le utilizăm spontan, cotidian.

Multe manuale referitoare la interviul psihologic evidențiază necesitatea ca psihologul să adopte o poziție deschisă, relaxată. Este posibil însă ca această poziție să mărească distanța psihologică dintre noi și clientul nostru, dacă acesta din urmă continuă să rămână cu corpul crispat, așezat pe marginea scaunului, cu brațele încrucișate, ori mișcându-le ca și când posesorul lor nu știe ce să facă cu ele, cu picioarele strânse sau așezate unul peste celălalt etc. În acest caz, este mai bine să ne sincronizăm noi cu clientul nostru, să adoptăm o poziție asemănătoare, să respirăm într-un ritm similar apoi, după stabilirea unui bun raport psihologic, putem să ne schimbăm poziția corpului, adoptând o postură relaxată, care exprimă acceptare și deschidere ; de cele mai multe ori pacienții ne vor urma inconștient!

Pentru a intra în rezonanță cu celălalt nu trebuie să-i copiem într-o manieră perceptibilă, exagerată și fără discriminare fiecare mișcare. O astfel de atitudine poate avea efecte contrare, poate fi considerată o insultă! Putem să reflectăm mișcările brațului prin mișcări ușoare ale mâinii, mișcările corpului prin înclinări ale capului ; respirația foarte rapidă a pacientului poate fi reflectată prin mișcări ritmice ale mâinii așezate pe brațul fotoliului, iar ticurile – prin ușoare balansări ale corpului. Acest mod de reflectare se

numește „sincronizare încrucișată” și constă în utilizarea unor comportamente analoage mai degrabă decât identice celor pe care dorim să le reflectăm.

Utilizând sincronizarea nonverbală creăm un pod între noi și ceilalți – avem mai multe lucruri în comun cu celălalt, mai multe puncte de contact. Putem, astfel, să ne înțelegem mai bine interlocutorul, să-l provocăm la răspunsuri care, într-un alt context, ar fi puternic cenzurate etc. Nu putem invita pe nimeni să vină spre noi dacă, mai întâi, nu am construit „podul” !

Desincronizarea este, și ea, o tehnică utilă. Mijlocul cel mai elegant de a sfârși o conversație este acela de a ieși din „dans”. Nu vom putea face acest lucru decât dacă vom schimba, evident, „pașii”, dacă vom proceda altfel, uneori chiar invers, decât atunci când am invitat persoana la „dans”. Ce faceți atunci când cineva întâlnit întâmplător pe stradă începe să vă povestească lucruri plictisitoare ? Cum procedați pentru a-i refuza politicos „invitația la un dans” care nu vă interesează ?

Sincronizarea verbală este un alt mijloc pentru stabilirea unui bun raport psihologic. Putem să ne armonizăm cu ceilalți adaptând tonalitatea, debitul, volumul și ritmul discursului nostru. Este ca și cum am cânta împreună cu cineva aceeași partitură muzicală. Convorbirea telefonică cu un prieten poate fi un bun exemplu de sincronizare verbală. Putem, de asemenea, să punem capăt acestei convorbiri, desincronizându-ne, schimbând tonalitatea sau ritmul ; desincronizarea este o tehnică utilă, nu întotdeauna ușor de practicat : este foarte dificil să închei firese o convorbire telefonică prelungită peste limitele pe care ești dispus să le accepți !

Pentru stabilirea unui bun raport psihologic și pentru menținerea lui este util să ne sincronizăm cu interlocutorul nostru, respectându-i astfel „harta”, imaginea pe care acesta o are despre el însuși și despre situația în care se află. Utilizarea sincronizării trebuie să fie totuși subordonată obiectivului interviului. Astfel, trebuie să ne întrebăm dacă nu cumva interlocutorul nostru devine prizonierul unui monolog repetitiv, sau are un scop mai mult sau mai puțin conștient care intră în dezacord cu obiectivul explicit al interviului – de pildă prelungirea nedefinită a convorbirii asupra unui subiect pentru a evita abordarea unor teme mai „fierbinți”. În acest caz, putem introduce în această „melodie” un contratimp, desincronizându-ne. De cele mai multe ori efectele acestei desincronizări apar imediat.

Desincronizarea produce o „înterupere a patternului” (Fevre și Soto, 1995), permițând relației comunicative să evolueze. Desincronizarea parțială sau discretă ne poate permite să apreciem dacă raportul psihologic este bine stabilit. Un profesor experimentat, într-o primă etapă, se sincronizează cu elevii săi ; apoi introduce o anumită schimbare în atitudinea și vocea sa. Dacă elevii reflectă această schimbare, aceasta înseamnă că ei caută noua undă comună pentru realizarea unei bune comunicări ; este momentul în care profesorul le poate cere să realizeze un efort particular.

5. Metamodelul pentru limbaj – arta de a pune întrebări

În bună măsură, activitatea psihologului clinician constă în a explora limitele imaginii pe care o are pacientul despre realitatea în care trăiește și de a-i completa această imagine mărindu-i astfel posibilitățile de alegere. Limitele reprezentării sale sunt limitele limbajului utilizat pentru a o descrie.

Metamodelul pentru limbaj este unul dintre primele modele realizate de fondatorii neuroprogramării lingvistice, J. Grinder și R. Bandler. Modelul propus de acesta este un metamodel deoarece utilizează limbajul pentru a evidenția limitele lui. Acest model valorifică în egală măsură experiența unor terapeuți de excepție (F. Perls, V. Satir, M. Erickson), regulile de funcționare a limbajului propuse de gramatica generativă transformțională (N. Chomski), precum și o serie de idei lansate de A. Korzybski.

Pentru a înțelege metamodelul, un instrument care facilitează accesul la înțelegerea mai profundă a ceea ce oamenii spun, trebuie să știm că traducerea universului nostru interior în cuvinte nu este o operație ușoară. Universul nostru interior este alcătuit din imagini, trăiri (senzații, emoții etc.), cuvinte. Imaginile transportă simultan o foarte mare cantitate de informații, iar verbalizarea lor este în mod inevitabil lacunară; pentru trăirile și senzațiile noastre, care sunt atât de concrete, unice, de cele mai multe ori, nu avem cuvintele potrivite pentru a le exprima. Mai adecvat este limbajul metaforic, deși și el are limitele lui.

De aceea, lingviștii deosebesc două niveluri ale limbajului: *structura profundă* și *structura superficială*. Structura superficială este cea propusă unui interlocutor, discursul oral sau scris al unei persoane; ea cuprinde și enunțurile utilizate în dialogul nostru interior.

☞ Exemplu:

„Mă doare capul.”

Structura profundă a limbajului este rareori exprimată în comunicarea verbală; este discursul nerostit. Ea este reprezentarea lingvistică completă a experiențelor, trăirilor – într-un cuvânt, a universului nostru interior.

☞ Exemplu:

„Începând din data... ora... am dureri pulsatile, intermitente... în zona frontală a capului...”

Sarcina psihologului este aceea de a descoperi elementele lipsă din discursul manifest al pacientului/subiectului, de a reconstitui cât mai complet posibil imaginea pe care acesta o are despre realitatea în care se află. Totuși, „*harta nu este teritoriul*” (Korzybski), imaginea realității nu este realitatea, harta este o reprezentare schematică, fidelă și redusă a teritoriului. Neuroprogramarea lingvistică (NPL) vorbește despre „modelul lumii” pe care fiecare persoană și-l construiește pornind de la propria realitate.

Diferențierea lumii de „modelul lumii”, a teritoriului de hartă, permite psihologului să facă distincția fundamentală între schimbarea lumii și schimbarea ideii pe care pacientul/ subiectul și-o face despre lume. Terapeutul nu va schimba lumea pacientului/ subiectului său, ci ideea pe care acesta o are despre ea; oamenii se comportă în funcție de imaginea pe care o au despre lumea lor și, prin urmare, schimbând imaginea, harta, schimbăm implicit comportamentele, iar acestea din urmă pot modifica lumea, teritoriul!

Când comunicăm, realizăm un *proces de derivare* din structura profundă a experienței noastre a structurii superficiale care este receptată de interlocutor. În acest proces de derivare informațiile suferă o serie de transformări. În primul rând *selectăm* doar o parte din informațiile disponibile în structura profundă; mare parte va fi abandonată, omisă. În al doilea rând, simplificăm, ceea ce implică o *distorsiune* inevitabilă a sensului. Apoi, *generalizăm*; enumerarea tuturor excepțiilor și condițiilor posibile ar face comunicarea foarte dificilă.

Metamodelul dezvoltat de NPL cuprinde o serie de întrebări cu ajutorul cărora se recuperează informațiile pierdute în procesul derivării prin omisiuni, distorsiuni, generalizări. Utilizând întrebările și instrumentele lingvistice propuse de Bandler și Grinder, psihologul:

- accede la structura profundă a limbajului;
- identifică o serie de violări semantice în procesul comunicării;
- utilizează o serie de întrebări pertinente în raport cu omisiunile, generalizările și distorsiunile identificate în structura superficială a limbajului.

Acest demers are ca scop reconectarea limbajului unei persoane la experiența ei senzorială specifică și unică.

Pentru ilustrare, „transcriem” primele replici din două interviuri terapeutice:

1. „P: Îmi este teamă.

T: De ce anume îți este teamă?

P: Îmi este teamă de lucrările de control.

T: La ce obiect de studiu anume te referi?

P: Lucrarea de control la matematică.

T: Mai concret, ce anume te sperie etc.?”

2. „P: Îmi este teamă.

T: Nu trebuie să-ți fie teamă. (Nu ai de ce să-ți fie teamă)!”

5.1. Omisiunile

Omisiunea este un fenomen de modelare a experienței care ne permite să ignorăm anumite informații în detrimentul altora; ea este întâlnită, practic, în majoritatea frazelor pe care le pronunțăm. Când suntem preocupați de anumite dimensiuni sau aspecte ale experienței noastre, le excludem pe celelalte. În acest caz, întrebările metamodelului au ca obiectiv principal recuperarea informațiilor lipsă și reconstituirea mai precisă a conținutului experienței.

Verbele nespecifice. Acest tip de omisiune este cel mai frecvent deoarece majoritatea verbelor au un caracter nespecific. De cele mai multe ori, evidențiem acțiunea fără a spune *cum* anume a fost ea realizată.

➤ Exemplu :

„Ea m-a ajutat.”
 „Învăț pentru examen.”
 „El m-a supărat.” etc.

Pentru a afla *cum* anume au fost realizate aceste acțiuni, contextul sau condițiile în care ele s-au desfășurat, putem pune următoarele întrebări :

„Cum anume te-a ajutat ?”
 „Cum înveți ?”
 „Ce faci pentru a învăța ?”
 „Ce anume te-a supărat ?”

Substantivele nespecifice. „Copilul a avut un accident” ; „Maria, fiica mea de șase ani, a încercat să ia ceva de pe un dulap suindu-se pe un scaun și a căzut lovindu-se la mână dreaptă”. Deși enunțurile anterioare vor să spună același lucru, în mod evident, a doua frază conține mai multe informații specifice.

Sunt situații în care subiectul activ al unei fraze este omis, suprimat prin folosirea diazezei pasive : „Sunt căutat” ; „Casa a fost construită”. Acest tip de omisiune poate implica o imagine despre lume în care vorbitorul asistă ca un spectator neputincios și în care evenimentele se produc fără ca nimeni să fie responsabil.

Substantivele nespecifice sunt clarificate prin întrebarea : „Cine sau Ce, mai precis,... ?”.

Comparațiile. O comparație implică cel puțin doi termeni. Deși acest fapt pare evident, atunci când comunicăm, lăsăm deseori în umbră cel de-al doilea termen al comparației.

➤ Exemplu :

„Sunt mai puțin pregătit.”
 „Sunt cel mai nefericit om.”

Majoritatea frazelor care conțin cuvinte ca „Mai...”, „cel mai...” introduc o comparație ; nu putem face o comparație decât dacă avem un element cu care să comparăm. Dacă el lipsește, trebuie să solicităm denumirea lui. Întrebările trebuie să vizeze și criteriul după care se efectuează comparația ; acesta trebuie să fie clar formulat, să conțină indicatori observabili :

➤ Exemplu :

„Mai puțin pregătit decât cine ?”
 „Cum își dau seama ceilalți că ești mai puțin pregătit ?”

Se recomandă și precizarea contextului în care este valabilă comparația. Acest fapt ar putea relativiza comparațiile nefavorabile.

În general, omisiunile comparative sunt clarificate prin întrebarea: „Comparativ cu cine (ce)... ?”.

5.2. Generalizările

Prin generalizare, fragmente sau elemente ale „modelului lumii” pe care îl are o persoană sunt detașate de experiența sau experiențele sale pentru a exprima o întreagă categorie; un singur exemplu este ridicat la rang de regulă, lege. Generalizarea are un caracter foarte limitativ deoarece ne împiedică să vedem diferențele, să identificăm excepțiile. Desigur, în mod natural avem tendința de a introduce informațiile și experiențele noastre în categorii generale, dar acest proces de inducție are la bază, cel puțin inițial, un proces de reflexie asupra diferențelor. Generalizările ne oferă o „hartă” a realității, uneori nebuloasă și inexactă, care ne împiedică să vedem copacii din cauza pădurii și în baza căreia avem tendința să luăm decizii de tipul „totul sau nimic”, „a fi sau a nu fi”, fără a mai fi capabili să distingem nuanțe.

Dacă dorim să schimbăm această imagine prea generală, trebuie să provocăm o reflexie asupra diferențelor, asupra excepțiilor. A admite existența excepțiilor înseamnă a fi mai realist.

În categoria generalizărilor, diferențiem:

1. Cuantificatori universali
2. Operatori modali
3. Judecăți de valoare fără origine specificată.

Cuantificatorii universali. Sunt cuvinte și expresii care introduc o suprageneralizare: *tot, toată lumea, nimeni, nimic, niciodată, totdeauna, de fiecare dată, tot timpul* etc. Când cineva utilizează aceste cuvinte, dă impresia că enunță o lege universală; de pildă: „*nimeni nu mă înțelege*”. Dacă dorim să contestăm această „lege” trebuie să identificăm una sau mai multe excepții care, desigur, există în realitate, dar sunt mascate, trecute sub tăcere de acest proces al generalizării. Cea mai simplă și mai directă cale este de a relua, într-o manieră interogativă, cuvântul utilizat: „*nimeni ?*”. Alteori putem introduce cuvântul respectiv într-o construcție oarecum paradoxală: „*Dacă înțeleg bine, niciodată nimeni nu v-a înțeles ?*”. Această construcție ilustrează și un alt procedeu prin care putem provoca identificarea excepțiilor: exagerarea afirmației inițiale prin adăugarea altui cuantificator universal (în exemplul de mai sus – „*niciodată*”), fapt care evidențiază caracterul absurd al acesteia.

Cuantificatorii universali pot fi puși sub semnul îndoielii prin întrebări care vizează specificarea contextului sau a excepțiilor:

„*Nu a existat niciodată un moment în care... ?*”.

Operatorii modali. Există reguli comportamentale pe care gândim că nu putem sau nu trebuie să le încălcăm. Expresii precum „*nu pot*” sau „*nu trebuie*” sunt numite în lingvistică operatori modali; ele stabilesc limite postulate de reguli nescrise.

Operatorii modali pot fi *de necesitate* sau *de posibilitate*.

Operatorii modali de posibilitate stabilesc limitele cele mai puternice: „*pot*”, „*nu pot*”, „*posibil*”, „*imposibil*”. Acestea sunt expresii care decupează pe harta locutorului

spațiul în care el acționează și ia decizii. În mod evident, fiecare are limitele sale naturale, însă acești operatori se referă la limitele impuse de credințele individului.

⇒ Exemplu :

„Așa sunt eu, nu mă pot schimba.”

„Nu pot să-l refuz.”

„Îmi este imposibil să-i spun adevărul” etc.

Operatorii modali de posibilitate indică o limită, o imposibilitate, fără a specifica felul în care funcționează această limită. Deseori „nu pot să...” este trăit ca o stare de incompetență absolută, fără speranța vreunei schimbări. Când cineva spune „nu pot să...”, el și-a fixat un obiectiv, apoi l-a plasat pe „harta” sa într-un teritoriu care nu mai este sub controlul său.

Limitele impuse de acest tip de operatori modali pot fi depășite printr-un proces de reflexie asupra obstacolelor ce ne separă de obiectivul propus și asupra consecințelor atingerii lui. Acest proces de reflexie poate fi provocat utilizând întrebări precum :

„Ce vă împiedică să... ? ”

„Ce s-ar întâmpla, dacă ați face lucrul respectiv ? ”

În NPL nu există întrebarea „De ce ? ”. În cel mai bun caz ea provoacă o serie de raționalizări, justificări și explicații care nu schimbă cu nimic situația. Uneori oamenii se justifică spontan : „Nu pot vorbi cu vecinii pentru că sunt prea bănuitori”. În acest caz, întrebările trebuie să provoace interlocutorul să descrie în termeni comportamentali ceea ce ar putea fi doar o credință rezultată dintr-un proces de generalizare.

⇒ Exemplu :

„După ce vă dați seama că vecinii sunt bănuitori ? ”

„Cum altfel ați putea explica comportamentul lor ? ” etc.

Operatorii modali de necesitate. Expresii precum „trebuie”, „nu trebuie”, „este necesar să”, „nu este necesar să” vehiculează reguli de conduită ale căror motivație și consecințe nu sunt în mod explicit formulate.

⇒ Exemplu :

„Trebuie să mă gândesc mai întâi la ceilalți ! ”

„Nu trebuie să vorbesc cu astfel de oameni ! ”

„Trebuie să salut persoanele pe care le întâlnesc ! ” etc.

Doar în cazul în care motivele și consecințele acestor reguli sunt explicitate ele vor putea face obiectul unui examen rațional, critic ; altfel, ele vor limita pur și simplu comportamentul și capacitatea noastră de decizie. Deseori „trebuie” sau „nu trebuie” sunt expresia unor judecăți morale.

⇒ Exemplu :

„Trebuie să fii cinstit cu ceilalți ! ”

„Nu trebuie să furi ! ” etc.

Dacă vom compara aceste propoziții cu :

„Trebuie să citesc zilnic 10 pagini ! ”

„Trebuie să mă scol în fiecare dimineață la ora 6 ! ”,
vom înțelege mai bine limitele pe care le avem în vedere.

Din nefericire, educația este frecvent un teren minat de astfel de operatori de necesitate : „*La vârsta ta un copil trebuie să... !*”. Utilizarea lui „trebuie” cu referire la capacități este în general considerată un reproș ; ar trebui să fiți capabil să faceți cutare lucru, dar nu puteți – fapt ce determină sentimentul eșecului. În acest context, „trebuie” induce un sentiment de culpabilitate, creând o prăpastie artificială între așteptări (nejustificate) și realitate. Deși se proclamă frecvent că oamenii sunt unici, acest adevăr este uitat când se afirmă că „fiecare trebuie să...”, propoziție continuată cu norme, standarde și reguli care au ca scop uniformizarea lor. Operatorii modali de necesitate – „Nu trebuie/trebuie să...” – sunt clarificați prin întrebarea :

„Ce s-ar întâmpla dacă ați face/nu ați face... ? (având în vedere exemplele anterioare :

„Ce s-ar întâmpla dacă nu v-ați gândi mai întâi la ceilalți ? ”

„Ce s-ar întâmpla dacă nu ați citi zilnic 10 pagini ? etc...).

Judecățile de valoare (afirmațiile) fără origine specificată. În această categorie intră afirmațiile a căror origine este ignorată, pierdută. În literatura americană se utilizează, pentru a desemna acest tip de generalizare, expresia *lost performatives* și ea evidențiază dispariția (*lost*) agentului responsabil al afirmației ; unii autori francezi utilizează expresia „afirmații peremptorii” (M. Dovero, E. Grébot, 1993 ; Cudicio, 1992 etc.), deși sunt de acord că nu întotdeauna ea acoperă sensurile acestui gen de generalizare. Afirmația „*Nu este bine să nu ții cont de ceilalți*” poate fi considerată o afirmație peremptorie, deoarece ne propune ceva drept adevăr incontestabil, fără a ne informa în nici un fel despre autorul ei. Însă dacă cineva spune : „Eu cred că nu este bine să nu ții cont de ceilalți”, atunci această afirmație ne informează clar despre opinia cuiva care nu se ascunde în spatele unor enunțuri generale, impersonale.

Unele dintre aceste afirmații ar putea avea un conținut moral și nu este necesar să fie contestate, însă identificarea lor, în discursul cuiva, este utilă și interesantă, deoarece ne informează despre natura credințelor partenerului nostru.

Multe alte afirmații sunt însă enunțate într-o manieră impersonală, care permit locutorului să se folosească de ele ca de un paravan : nu știm dacă el aderă sau nu la opinia exprimată și nici care este autorul ei. De exemplu, dacă cineva spune : „Acest lucru nu se face !”, este important să punem o serie de întrebări care au ca scop precizarea sursei informației, a contextului în care această informație a fost elaborată.

➤ Exemplu :

„Ce anume nu se face ? ”

„Cine spune asta ? ” etc.

Sau, dacă un elev spune :

„Bac-ul nu servește la nimic”,

i-am putea pune următoarele întrebări :

„De ce bac-ul nu servește la nimic ? ”

„Cine spune asta ? ”

„Cum de știe el (ea) acest fapt ? ”

Aceste întrebări ne permit să înțelegem cum au ajuns, elevul sau părinții săi, la această credință.

Când afirmațiile se referă la competențe, ele pot induce sentimente de culpabilitate și eșec pentru că raportează interlocutorul la standarde aparent universal valabile : „Ortografia este totuși ceva foarte simplu” ; în acest caz e util să știm pentru cine este ceva simplu. Emițătorul ar putea răspunde că pentru el ortografia este ceva simplu ; astfel el deschide calea contestării adevărului prezentat inițial ca ceva general valabil !

Pentru clarificarea afirmațiilor fără origine cunoscută se poate pune, în general, următoarea întrebare :

„Cine face această afirmație și pe ce se bazează el (ea) ? ”

5.3. Distorsiunile

Distorsiunile implică procese importante de modelare a experienței noastre cu efecte neașteptate asupra „hărții” pe care o avem fiecare despre ceea ce numim realitate. Creativitatea, inventivitatea, înlăuntririle, uneori surprinzătoare, ale ideilor și imaginilor noastre au la bază, între altele, procesele distorsiunii. Totuși, distorsiunea poate realiza și veritabile violări și malformații semantice cu efecte negative asupra „modelului lumii”.

Nominalizările. Nominalizările sunt cuvinte nespecifice care au ca principală caracteristică aceea de a „îngheța” un proces transformându-l în ceva fix, static. Prin nominalizare, verbele care exprimă acțiuni sunt înlocuite cu substantive, realizându-se astfel conversia unui proces în ceva static ; dacă verbele implică acțiune, schimbare, substantivele descriu un eveniment finit, neschimbare. Aparent inofensive, nominalizările maschează diferențe esențiale între diferitele „hărți ale lumii”. Să luăm, de exemplu, termenul „memorie”. Observați diferența dintre următoarele două enunțuri : „Am o memorie slabă”, „Memorez greu numele proprii”. Primul enunț realizează o autoatribuire, vehiculând implicit ideea unei permanențe, a unei calități constante a persoanei respective ; al doilea enunț exprimă o acțiune, și orice acțiune poate fi îmbunătățită, efectuată în mai multe feluri.

➤ Exemplu :

„În ce context memorezi mai greu ? ”

„Cum procedezi pentru a memora ? ” etc.

În majoritatea cazurilor, nominalizările se realizează prin utilizarea unor cuvinte abstracte (dragoste, libertate, decizie, fericire, speranță etc.) și tocmai de aceea semnificația lor variază sensibil de la o persoană la alta. Fiecare are ideea lui despre fericire și, de aceea, când cineva spune că este fericit nu veți afla de ce decât întrebându-l. S-ar putea să fiți mirat când îi veți auzi răspunsul, pentru că veți cunoaște o „hartă” a realității celui alt pe care nici nu o bănuiați.

Identificarea nominalizărilor trebuie urmată de formularea unor întrebări care să-l determine pe interlocutorul nostru să treacă la o comunicare dinamică, concretă. Pentru aceasta, de cele mai multe ori, este suficient ca întrebarea să înlocuiască cuvântul abstract sau substantivul cu un verb, provocându-l astfel pe interlocutor să descrie elementele concrete ale experienței sale care înainte fuseseră etichetate într-o manieră abstractă și încremenită.

➤ Exemplu :

1. - Doresc reușita copiilor mei.
- Cum anume doriți ca ei să reușească ?
2. - Doresc să îmbunătățesc comunicarea mea cu ceilalți.
- Ce înseamnă pentru dvs. a comunica ?
3. - Îmi propun o schimbare în relațiile mele cu soția.
- Ce anume doriți să schimbați ?

Denumirea unor afecțiuni medicale, etichetele nosologice în general sunt exemple interesante de nominalizare : ce înseamnă „depresie”, „anxietate” etc. ? Un pacient poate merge la medic din cauza câtorva nopți nedormite, a unor gânduri care nu-i dau pace și află că suferă de ANXIETATE, STRES etc. El ar putea avea unele idei pentru a putea dormi (adevărul este că are și nopți în care doarme bine !), dar nu știe deloc cum să lupte împotriva ANXIETĂȚII, a STRES-ului !

Echivalențele complexe. Echivalențele complexe produc distorsiuni prin stabilirea unei analogii între o propoziție specifică și una mai generală.

➤ Exemplu :

„Nu zâmbesc... nu se distrează.”

„Nu mă privește... este supărat pe mine.”

„Dacă nu te uiți la mine când îți vorbesc înseamnă că nu ești atent la ceea ce-ți spun” etc.

De cele mai multe ori aceste echivalențe au la bază generalizarea experienței proprii. Autorul enunțurilor prezentate mai sus, pornind de la experiența personală, crede că toți oamenii, atunci când se amuză, zâmbesc, când sunt supărați, evită să-i privească pe ceilalți, sau, când sunt atenți, își fixează privirea asupra interlocutorului ! Echivalențele complexe pot fi puse sub semnul îndoielii prin întrebări ce vizează identificarea unor contra-exemple pentru relația de echivalență propusă și disocierea celor doi termeni ai echivalenței. Dacă ne raportăm la unul dintre exemplele anterioare, aceste întrebări ar putea fi :

„Dacă te-ar privi ar însemna că nu este supărat ? ”

„Cunoști oameni care, când sunt supărați, își privesc interlocutorul ? ” etc.

Presupozițiile. Toți avem credințe, așteptări, ipoteze care au la bază experiența noastră anterioară. Practic, este imposibil să trăim fără ele ; credințele și așteptările noastre devin grile de lectură a realității, pun ordine și selecționează informațiile care ne bombardează în orice moment. Așteptările, ipotezele mai mult sau mai puțin explicite au

un rol pozitiv („dacă nu știi ce cauți nu vei găsi nimic !”), dar, în egală măsură, ele ne pot limita comportamentul, capacitatea de decizie („nu găsești decât ceea ce cauți !”).

Supozițiile fundamentale care limitează comportamentul nu sunt în mod necesar exprimate într-un mod ușor observabil. Deseori ele sunt deghizate sub forma întrebărilor „Pentru ce ?”, „Pentru ce nu ești atent ?” – presupuziția implicită : „Nu ești atent”. A răspunde direct la o astfel de întrebare înseamnă a pierde din start.

A întreba un copil : „Te culci la ora 8 sau la ora 8 și un sfert ?” înseamnă a-i întinde o capcană, pentru că, dându-i iluzia că poate alege, alegerea lui este, de fapt, limitată. Indiferent ce alternative de răspuns alege, alegerea lui semnifică acceptarea presupuziției de bază – merge la culcare ! Rămânând la acest exemplu, presupuziția poate fi scoasă la lumină și pusă sub semnul întrebării astfel : „Ce te face să crezi că vreau să mă culc ?”.

☉ Alte exemple :

„Când vei fi matur, vei înțelege.” (Nu ești matur).

„Nu cumva vrei să-mi spui o altă minciună ?” (Deja m-ai mințit).

„De ce nu zâmbești mai mult ?” (Nu zâmbești suficient etc.).

În general, presupuzițiile pot fi puse în evidență și combătute prin întrebarea :

„Ce vă face să credeți că... ?”

Relațiile cauză-efect. Oamenii au nevoie de explicații ; ele securizează pentru că introduc o anumită ordine ce asigură înțelegerea evenimentelor pe care le trăiesc. Totuși „ordinea”, „harta” pe care o propun explicațiile cauzale simple, frecvent întâlnite în limbajul cotidian, realizează o distorsiune a realității cu consecințe importante asupra opțiunilor comportamentale consecutive.

Deseori este greu să ne asumăm responsabilitatea comportamentelor și stărilor noastre afective ; tocmai de aceea auzim frecvent propoziții precum :

„X mă enervează..., mă supără...”

„Întreprinderea la care lucrez mă împiedică să...”

„Aș pleca în concediu, dar nu am mașină...”

În mod evident astfel de afirmații postulează existența unor cauze exterioare comportamentelor și stărilor afective ale oamenilor. Dacă le acceptăm „există riscul de a considera oamenii ca niște bile de biliard care se supun legilor (fizice, n.n.) cauză-efect” (J. O'Connor, J. Seymour, 1995, p. 119).

Nimeni nu exercită un control direct asupra stărilor afective ale celuilalt. Dacă n-ar fi așa, fiecare dintre cuvintele și comportamentele noastre ar deveni, cu voie sau fără voie, mesageri ai fericirii sau nefericirii celorlalți ! Ar trebui, prin urmare, să acordăm o grijă (evident exagerată) fiecărui gest, fiecărui cuvânt care, prin forța lor intrinsecă ar putea provoca atâtea neplăceri celorlalți ; imaginați-vă, cât de ușor am putea să ne facem prietenii fericiți !

Totuși, controlul facil al fericirii sau nefericirii celorlalți este o responsabilitate prea mare !

Pentru a pune sub semnul întrebării această explicație cauzală simplă, putem proceda cel puțin în două moduri :

a) Putem solicita o *descriere* mai detaliată a procesului prin care un stimul extern provoacă o stare afectivă sau un comportament; de cele mai multe ori, descrierea „procesului causal” poate evidenția și alte opțiuni comportamentale la îndemâna actorului social respectiv. Totuși, procedând astfel, credința că ceilalți sunt responsabili de reacțiile noastre rămâne intactă.

b) Această credință poate fi vizată direct, punând întrebări de genul:

„Cum anume faceți să vă simțiți rău auzind ce spune el?”

Astfel se realizează trecerea verbului *a face* de la diateza pasivă („El mă face să mă simt rău.”) la diateza activă, evidențiind în acest mod responsabilitatea fiecăruia pentru ceea ce simte și modul în care acționează. Deoarece nu totdeauna este ușor să ne asumăm o astfel de responsabilitate, această abordare trebuie utilizată doar după ce am stabilit o relație bună cu interlocutorul; în caz contrar, ea ar putea fi receptată ca o provocare.

Lectura gândurilor. Ceea ce în programarea neurolingvistică se numește lectura gândurilor, divinația (*mind reading*) este fenomenul care face ca unele persoane să se comporte ca și cum ar ști ceea ce cred sau gândesc ceilalți, fără a avea o probă directă. Mulți dintre noi ne comportăm astfel. Uneori acest fenomen este expresia unei reacții intuitive la indici nonverbal pe care i-am sesizat la nivel inconștient; alteori avem de-a face cu adevărate halucinații care au la bază fenomenul proiecției: gândim că celălalt gândește exact cum am gândi noi, dacă ne-am afla în aceeași situație.

Există două modalități de manifestare a divinației:

a) *O persoană crede că știe ce gândește altcineva.*

„Știu dinainte ce va spune când va intra...”

„X este deprimat...”

„Era enervat, dar i-a fost greu să recunoască acest fapt...”

Verbe precum „a gândi”, „a crede”, „a presimți” etc. introduc deseori „lecturi (nejustificate) ale gândurilor” și de aceea ele trebuie să ne rețină atenția când le auzim sau le utilizăm:

„El trebuie să gândească că-i consum prea mult timp!”

„Da, este posibil, dar cum vă dați seama de acest fapt?”

Divinația poate conduce la adoptarea de comportamente în funcție de ceea ce credem, de ceea ce ne imaginăm sau gândim, în loc să acționăm în raport cu mesajele pe care ni le oferă persoana cu care comunicăm.

b) Există și situații în care noi *acordăm celorlalți puterea de a citi în mintea noastră*, de a ne ghici gândurile:

„Dacă m-ai iubi, ai ști ce doresc!”

„Ar trebui să știi că-mi place acest lucru!” etc.

O persoană care utilizează acest mod de comunicare nu spune celorlalți exact ceea ce dorește, deoarece presupune că aceștia *ar trebui* (cum?) să știe. Ea introduce astfel posibilitatea apariției unor neînțelegeri grave.

Întrebând direct cum anume interlocutorul nostru știe ce gândim sau gândesc ceilalți, obținem de obicei răspunsuri sub forma unor credințe sau generalizări :

➤ Exemplu :

„- George nu mă iubește !

- Cum știi că George nu te iubește ?

- Pentru că nu face niciodată ceea ce-i spun”.

Răspunsul este o „echivalență complexă” cel puțin contestabilă : „De ce crezi că a face întotdeauna ce ți se spune este o dovadă de iubire ?”.

5.4. Concluzii

Metamodelul propus de neuroprogramarea lingvistică ne ajută să facem vizibil universul interior al interlocutorului nostru. Totuși, atunci când punem întrebările recomandate de model, trebuie, mai întâi, să ne punem noi înșine o întrebare :

„Interlocutorul nostru nu știe cum, nu poate sau nu vrea să-și dezvăluie gândurile și trăirile ?”

De cele mai multe ori pacienții sunt motivați să spună terapeutului tot ce gândesc și simt în legătură cu problemele lor. Însă, în mod frecvent, ei nu știu cum să facă acest lucru sau nu sunt încă pregătiți. Întâlnesc deseori pacienți care, la invitația de a-și prezenta problema, răspund că preferă să fie întrebați ! Dar chiar și în această situație, unele din întrebările propuse de „Metamodel” trebuie puse doar după ce am stabilit o bună relație cu pacientul și plasându-ne eventual într-o poziție inferioară acestuia („Nu înțeleg prea bine ! Ai putea să-mi explici cum x determină y ?”). După cum spuneam, majoritatea oamenilor renunță greu la unele credințe (generalizări) securizante și-și asumă și mai greu responsabilitatea unor consecințe neplăcute. De aceea, dacă, încă din primele momente ale întâlnirii, îi adresăm pacientului cu un ton superior întrebări în măsură să îi demonteze credințele și să îl responsabilizeze în legătură cu problemele sale, riscăm să declanșăm reacții defensive sau agresive, cu consecințe negative asupra desfășurării terapiei.

Întrebările trebuie puse într-o atmosferă de respect, acceptare și înțelegere a interlocutorului. În viața de zi cu zi există și situații în care interlocutorii noștri nu vor să-și dezvăluie decât parțial gândurile și sentimentele. Întrebările care forțează direct barierele conștiente pe care celălalt le ridică în fața noastră ar putea avea consecințe neplăcute. Mulți dintre noi am învățat deja că „sunt întrebări care nu se pun !”.

6. Conținutul și structura interviului

6.1. Conținutul întrebărilor

Valorile, cunoștințele, stările afective, precum și o serie de caracteristici socio-demografice sunt adevărate „filtre” implicate în procesul complex prin care oamenii își construiesc „hărți” unice despre ei înșiși și despre realitatea care îi înconjoară. A înțelege oamenii

înseamnă a avea acces la aceste „hărți”, a schimba oamenii înseamnă a completa aceste hărți... Cel mai simplu mod de a afla cum se comportă oamenii, ce simt și ce gândește este pur și simplu să-i întreb.

Atunci când un psiholog își pregătește un interviu, el trebuie să decidă ce întrebări va adresa, în ce ordine, cât de multe detalii va solicita, durata interviului și cuvintele pe care le va folosi în construcția întrebărilor.

În funcție de conținutul informațional vizat, se conturează, în general, șase tipuri de întrebări care pot fi adresate clienților (pacienților) (Patton, 1990). Practic, orice temă (sau domeniu) poate fi abordată din perspectiva dimensiunilor care structurează aceste întrebări.

a) *Întrebări referitoare la experiențe/comportamente.* Aceste întrebări solicită informații despre ceea ce o persoană face sau a făcut. Răspunsurile trebuie să conțină descrierea unor acțiuni, activități, comportamente observabile din trecut sau prezent: „*Dacă ai fi fost cu tine în situația X, ce ai fi observat din ceea ce ai făcut ?*”; „*Dacă te-ai observa într-o zi obișnuită, ce anume ai vedea din ceea ce faci ?*”.

b) *Întrebări referitoare la opinii/valori.* Aceste întrebări ne ajută să înțelegem felul în care oamenii interpretează și-și construiesc o anumită imagine despre lucruri, inclusiv imaginea despre ei înșiși: „*Ce anume crezi/gândești despre... ?*”.

c) *Întrebări referitoare la sentimente/emoții.* Astfel de întrebări vizează înțelegerea răspunsurilor emoționale ale oamenilor determinate de experiențele și gândurile lor. Răspunsurile emoționale au un caracter spontan; în mod frecvent oamenii se simt depresivi sau anxioși, aparent fără nici un motiv. Multe din modelele teoretice care fundamentează diverse tehnici psihoterapeutice în domeniul tulburărilor depresiv anxioase au la bază ideea că stările afective sunt determinate de gândurile noastre. De aceea, este bine ca intervievatorul să înțeleagă distincția dintre emoții și credințe/cogniții/gânduri, pentru a ști dacă răspunsul primit este exact cel așteptat. Să presupunem că întrebăm: „*Ce simți în legătură cu aceasta ?*”. Răspuns: „*Cred că, probabil, ceea ce am făcut a fost cel mai bun lucru pe care puteam să-l fac în împrejurările respective*”. În acest caz întrebarea referitoare la starea afectivă trăită de client nu a primit, de fapt, un răspuns. Confuzia dintre credințe și sentimente poate fi întreținută și de intervievator în cazul în care, de exemplu, solicită frecvent opinii și credințe utilizând întrebări de forma: „*Ce simți în legătură cu aceasta ?*”.

d) *Întrebări referitoare la cunoștințe.* Acest tip de întrebări își propune să culeagă informații factuale. Se pornește de la ideea că există anumite lucruri știute, fapte „reale” care nu sunt nici opinii, nici credințe sau emoții. Desigur, din punct de vedere filosofic se poate argumenta că aproape toate cunoștințele nu sunt altceva decât un set de credințe. Scopul acestor întrebări este acela de a evalua diferența, distanța dintre „hartă” și „teritoriu”, acesta din urmă fiind domeniul faptelor.

e) *Întrebări referitoare la caracteristici socio-demografice.* Răspunsurile la acest tip de întrebări ne ajută să introducem clientul într-un anumit grup social, să creăm un cadru de referință pentru interpretarea răspunsurilor la celelalte întrebări. Întrebările referitoare la vârstă, educație, ocupație, domiciliu, mobilitate fac parte din această categorie.

Toate tipurile de întrebări descrise mai sus pot fi formulate la timpul prezent, timpul trecut sau timpul viitor.

6.2. Ordinea întrebărilor

Nu există reguli precise privind organizarea unui interviu. Interviuurile nestructurate și semistructurate sunt flexibile, întrebările aflându-se în strânsă legătură cu răspunsurile oferite de respondent în secvența anterioară. Prin urmare, rareori este posibilă păstrarea unei ordini anume a întrebărilor.

În interviurile standardizate cu întrebări deschise (de evaluare, diagnostic sau cercetare), clinicianul trebuie să stabilească o ordine a întrebărilor, ordine care trebuie păstrată pe durata interviuării tuturor subiecților avuți în vedere. Deși nu există reguli precise, după cum spuneam, putem oferi totuși câteva sugestii privind ordinea întrebărilor într-un interviu.

Se recomandă începerea interviului cu întrebări referitoare la activități, comportamente și experiențe prezente care nu ridică probleme deosebite. Deoarece aceste întrebări solicită doar descrieri, clientul nu va face eforturi de rememorare sau interpretare; ele favorizează crearea unui bun climat psihologic și pregătesc respondentul pentru următoarele etape ale interviului.

Descrierea activităților/experiențelor poate fi urmată de întrebări referitoare la interpretări, opinii, sentimente. După ce și-a verbalizat experiențele, clientul poate să-și exprime, în contextul astfel creat, credințele și sentimentele în legătură cu ceea ce tocmai a descris.

Întrebările referitoare la cunoștințe și deprinderi pot crea un climat anxiogen. De aceea, utilizarea lor trebuie pregătită prin adresarea întrebărilor care solicită descrierea unor activități. Abia după aceea putem realiza o trecere logică la întrebări care vizează performanța, respectiv deprinderile și cunoștințele.

De obicei, oamenii răspund mai ușor la întrebările referitoare la prezent decât la cele care vizează evenimente trecute. De aceea, de pildă, într-un interviu cu scop terapeutic, în loc să cerem pacienților să ne descrie toate problemele lor trecute, putem să le cerem să ne descrie doar ultimul episod problematic care i-a determinat să se prezinte la terapeut. Întrebările referitoare la viitor determină răspunsuri, oarecum speculative și, de aceea, ele au o fidelitate mai scăzută. Totuși, atunci când interviul este inclus într-o anumită strategie terapeutică, se pot utiliza întrebări orientate spre viitor, cu scopul construirii soluțiilor la problemele cu care se prezintă pacienții. Descrierile pozitive ale unor acțiuni viitoare se pot transforma în „predicții ce se autoîmplinesc”.

Întrebările care vizează caracteristici socio-demografice sunt, de cele mai multe ori, plictisitoare și alcătuiesc partea care place cel mai puțin persoanelor intervievate. Deoarece ele au un caracter închis, începerea interviului cu o succesiune de astfel de întrebări poate induce impresia că este vorba despre un interogatoriu: „Cum vă numiți?”, „Unde locuiți?”, „Aveți copii?” etc.

De aceea, se recomandă utilizarea minimă a unor astfel de întrebări și diseminarea lor printre celelalte pe durata întregului interviu. Dacă unele caracteristici socio-demografice nu sunt necesare pentru crearea unui context adecvat adresării unor întrebări referitoare la activități și experiențe, atunci putem plasa întrebările care solicită astfel de caracteristici în finalul interviului.

6.3. Formularea întrebărilor

Se spune deseori că a ști să întrebi este o artă. Afirmția este cu atât mai valabilă în cazul interviului psihologic cu cât scopul lui este acela de a ne facilita pătrunderea în universul interior, intim al persoanei căreia îi punem întrebări.

În cadrul unui interviu, întrebarea este un stimul care are ca scop crearea sau generarea unui răspuns din partea persoanei intervievate. O abordare clinică eficientă necesită utilizarea unor întrebări deschise, clare, neutre, singulare. Vom descrie, în continuare, condițiile formulării unei bune-întrebări.

a) *Formularea unor întrebări cu adevărat deschise.* Una dintre condițiile fundamentale ale realizării unui interviu clinic sau de cercetare calitativă este aceea de a nu impune răspunsuri predestinate. De aceea, întrebările utilizate trebuie să fie cu adevărat deschise. Aceasta înseamnă că întrebările trebuie să permită respondenților să răspundă în felul lor specific.

Chestionarele standardizate conțin întrebări cu răspunsuri predeterminate.

➤ Exemplu (item din chestionarul 16 PF) :

Sunt capabil(ă) să găsesc energia necesară pentru a înfrunta dificultățile pe care le întâmpin :

- a) *întotdeauna*
- b) *adeseori*
- c) *rar*

Este evident că întrebarea este închisă și că respondentului i s-a furnizat un număr limitat de alternative de răspuns. Mulți interviuatori cred că, dacă întrebarea nu este urmată de un set de alternative de răspuns, întrebarea este deschisă. Chiar și în acest caz, întrebarea poate să nu fie cu adevărat deschisă dacă vehiculează, într-o manieră implicită, anumite categorii de răspunsuri. Astfel, întrebarea „*Cât de mulțumit ai fost în situația X ?*”, deși pare o întrebare deschisă, la o examinare mai atentă descoperim deja că răspunsurile se vor distribui de-a lungul unei singure dimensiuni predominante : gradul de satisfacție. O întrebare cu adevărat deschisă, care să lase libertate respondentului să exprime sentimentele lui în raport cu situația „X”, ar trebui formulată astfel : „*Ce ai simțit în situația X ?*”.

Alte exemple de întrebări deschise : „*Care este părerea ta despre... ?*” ; „*Ce gândești în legătură cu... ?*”.

Sunt autori care semnalează riscul ca întrebările puse să fie atât de deschise încât să devină nespecifice, prea generale ; la astfel de întrebări respondentul poate da *orice* răspuns, poate apela la „clîșee” sau pur și simplu rămâne blocat, neștiind ce anume îl interesează pe cel care a formulat întrebarea. Un exemplu de întrebare prea deschisă ar putea fi întrebarea pe care o auzim foarte frecvent : „*Ce mai faci ?*” ; ea s-a transformat deja într-o formă de salut, într-un clișeu la care nimeni nu răspunde cu adevărat !

Unul din principiile generale ale unui interviu eficient este cel al păstrării unei interacțiuni fluente, cursive. Utilizarea întrebărilor deschise asigură fluența interviului. *Pentru a fi cu adevărat deschise, ele nu trebuie formulate într-o manieră dihotomică*, adică nu trebuie să conțină structuri gramaticale care să sugereze răspunsuri de

tipul „Da/Nu” : „Ai probleme în viața de familie ?”, „Ești mulțumit de activitatea ta profesională ?” etc.

Obiectivul unui interviu aprofundat, așa cum este interviul clinic, este acela de a conduce persoana interviuată să vorbească despre experiențele sale, despre sentimentele și credințele sale etc. În loc să încurajeze respondentul să vorbească, *întrebările cu răspunsuri dihotomice* îi procură acestuia o dilemă : trebuie să răspundă prin „Da” sau „Nu”, ori interviuatorul așteaptă de la el răspunsuri detaliate. De foarte multe ori, clinicienii care au dificultăți în a-i provoca pe clienți să vorbească utilizează întrebări cu structură dihotomică.

Ilustrăm efectele unor astfel de întrebări asupra desfășurării interviului cu un exemplu, deja „clasic”, al unei convorbiri între un părinte și copilul său, adolescent, care vine târziu acasă :

- „ – Știi că este târziu ?
- Da.
- Ai avut o seară plăcută ?
- Da.
- Ai fost la un film ?
- Da.
- A fost un film bun ?
- Da.
- A meritat să-l vezi ?
- Da, a meritat...
- Am auzit multe despre el. Ce crezi, ar trebui să-l văd și eu ?
- Nu știu. Poate.
- Ai vrea să-mi spui și altceva despre seara asta ?
- Nu, cam asta-i totul.”

(Adolescentul intră în camera lui. Unul dintre părinți se întoarce către celălalt și-i spune : „Sunt sigur că-i vine greu să vorbească cu noi. Am senzația că este la vârsta la care copiii nu vor, pur și simplu, să spună nimic părinților lor”).

(Adaptare după M.Q. Patton, 1990.)

Dacă, într-o situație cotidiană, răspundem mai mult decât suntem întrebați și tratăm întrebările cu structură dihotomică la fel ca și pe cele deschise, într-un interviu psihologic, desfășurat într-o situație formală, pe măsură ce avansăm în universul interior al respondentului, acesta va avea tendința de a recepta întrebările într-o manieră literală. Și, cu cât interviuatorul va primi răspunsuri dihotomice la întrebări generale, cu atât va avea tendința să pună întrebări mai specifice cu structură dihotomică, împingând astfel interviul până la un punct în care comunicarea este practic blocată.

Deseori, interviuatorul dorește să orienteze conversația într-o anumită direcție. În acest caz, deși întrebările păstrează o formă deschisă, ele vehiculează unele presupuziții care-l provoacă pe interviuat să abordeze teme pe care le-ar putea ocoli inconștient sau nu. Prezentând meta-modelul pentru limbaj propus de programarea neurolingvistică am analizat deja problema presupuzițiilor. Însă, în timp ce acolo am evidențiat procedee de „developare” a presupuzițiilor vehiculate de mesajele interlocutorilor, acum vom sublinia

câteva din resursele întrebărilor care conțin presupuziții atunci când acestea sunt utilizate într-un interviu calitativ, clinic. Într-adevăr, conștientizând efectele structurilor lingvistice care conțin presupuziții, un clinician priceput poate utiliza presupuzițiile pentru a spori bogăția și profunzimea răspunsurilor și datelor obținute.

În general, presupuzițiile se referă la o realitate în absența căreia un enunț nu ar avea sens (Bandler și Grinder). Presupuzițiile sunt în mod deosebit utile în situația de interviu, deoarece intervievatorul presupune că respondentul are ceva anume de spus. Astfel, o presupuziție crește probabilitatea ca persoana interviuată să aibă, într-adevăr, ceva de spus. Să luăm, de pildă, următoarea întrebare: „*Ce conflicte importante s-au manifestat, în ultima vreme, în cadrul familiei dumneavoastră ?*”. Această întrebare presupune că respondentul a trăit anumite conflicte importante în cadrul familiei. Desigur, persoana interviuată are și opțiunea de a răspunde că nu a trăit nici un conflict important în familie; totuși, probabilitatea ca ea să ne raporteze direct anumite conflicte intrafamiliale este mult mai mare decât dacă ar fi fost mai întâi confruntată cu întrebarea: „*În ultima vreme, s-au manifestat conflicte importante în familia dumneavoastră ?*”.

Deseeori, în cadrul interviului terapeutic practicat cu pacienții mei utilizez următoarea întrebare: „*Ce anume ați învățat din problemele cu care v-ați confruntat ?*”. Evit astfel întrebarea cu structură dihotomică: „*Ați învățat ceva din problemele cu care v-ați confruntat ?*”. Dacă prima întrebare vehiculează ideea că este normal să învățăm ceva din situațiile problematice pe care le traversăm și focalizează atenția subiectului asupra aspectelor pozitive ale experiențelor sale, a doua întrebare pune respondentul în fața unei decizii.

Atunci când interviul abordează probleme delicate, utilizarea presupuzițiilor este cu atât mai utilă, deoarece realitatea vehiculată de presupuziții este considerată firească, normală. Comparați următoarele întrebări:

„*Ai ascuns vreodată adevărul părinților tăi ?*”

„*În ce împrejurări ai ascuns adevărul părinților tăi ?*”

„*Până în prezent ai avut vreo experiență sexuală ?*”

„*Ce poți să-mi spui despre experiențele sexuale pe care le-ai avut ?*”

Adevăratul obiectiv al interviului clinic aprofundat este acela de a descoperi ce anume are de spus cineva despre o temă, problemă etc. Presupunând că persoana interviuată are, într-adevăr, ceva de spus, calitatea descrierilor primite poate fi crescută. Există și riscul utilizării excesive sau eronate a întrebărilor care conțin presupuziții. Sunt frecvente situațiile în care este mai bine să verificăm relevanța unei întrebări printr-o formulare dihotomică („*Aveți copii ?*”) înainte de a continua printr-o întrebare deschisă („*Ce puteți să-mi spuneți despre relațiile dintre dumneavoastră și copiii dumneavoastră ?*”).

b) *Întrebările trebuie să conțină o singură idee.* „Nu poți ochi două ținte cu o singură săgeată” (proverb din înțelepciunea sufetică).

O regulă de bază a chestionarelor și interviurilor este aceea că orice întrebare trebuie să fie singulară, adică să conțină o singură idee sau să pună sub semnul întrebării un singur aspect al realității. Să luăm, de exemplu, întrebarea: „*Cât de mult îți plac și îți cunoști colegii ?*”. Această întrebare conține, de fapt, două întrebări: „*Cât de mult îți plac colegii ?*” și „*Cât de bine îți cunoști colegii ?*”. Întrebările multiple creează respondentului tensiune și confuzie, deoarece persoana interviuată nu știe cu adevărat ce i se cere.

Utilizarea întrebărilor multiple conduce intervievatorul în situația de a pierde controlul situației de interviu. Într-adevăr, furnizându-i respondentului mai mulți stimuli în același timp, el devine liber să aleagă orice direcție/temă la care să răspundă, inclusiv să furnizeze informații nerelevante pentru problema aflată în discuție. Pentru a utiliza, în mod eficient, timpul alocat interviului și pentru a obține răspunsuri relevante, intervievatorul trebuie să știe deja care sunt aspectele importante ale temei care face obiectul interviului și să adreseze întrebările astfel încât persoana interviuată să poată identifica, foarte clar, ce anume i se cere.

c) *Claritatea întrebărilor.* Una dintre responsabilitățile celui care adresează întrebări este aceea de a face acest lucru cât mai clar posibil pentru respondent. A adresa întrebări clare, ușor de înțeles, este un element important al procesului de stabilire a unui bun raport cu persoana interviuată. Întrebările neclare îl pot face pe respondent să se simtă neconfortabil, ignorant, confuz sau chiar ostil. Pentru a fi clară, în afara faptului de a conține o singură idee – așa cum am discutat deja – o întrebare trebuie să îndeplinească și alte condiții. Între acestea, o importanță deosebită trebuie acordată cuvintelor utilizate în formularea întrebărilor. Pentru a crește claritatea acestora, se recomandă utilizarea limbajului care este ușor de înțeles și care face apel la cadrele de referință utilizate de respondenți pentru a se raporta la situațiile, problemele sau temele abordate. Utilizarea unui limbaj tehnic, specializat – deși clar și corect din punctul de vedere al intervievatorului – poate fi incomprehensibil pentru respondent și-i poate induce acestuia, după cum spuneam, confuzie și anxietate. Dacă nu suntem atenți la impactul pe care îl au unele cuvinte asupra oamenilor putem fie să primim răspunsuri confuze, fie să nu primim nici un răspuns. Una dintre poveștile orientale prezentate în continuare ilustrează foarte bine ideea de mai sus :

„Un bărbat s-a scufundat într-o mlaștină. Doar capul i se mai vedea din mocirlă. Disperat striga cu ultimele puteri după ajutor. Curând a apărut o mulțime de oameni la locul accidentului. Cineva a decis să-l ajute pe bietul om. «Dă-mi mâna», i-a strigat acesta de mai multe ori. Dar răspunsul era doar un strigăt desnădăjduit după ajutor. Atunci s-a apropiat alcineva de cel aflat în pericol și l-a întrebat : «Prietene, care este profesia ta ?». «Sunt inspector fiscal, strâng taxe și impozite» – răspunsese acesta. «În acest caz, spuse salvatorul, ia-mi, te rog, mâna !», iar omul i-a prins mâna cu putere, ieșind din mlaștină. Niciodată nu trebuie să ceri ceva unei persoane care strânge taxe și impozite ! ”

O întrebare aparent clară, foarte scurtă și alcătuită din cuvinte simple, dar care formulează o cerință ambiguă, inducând – prin aceasta – confuzie respondentului este întrebarea „De ce ?”. Această întrebare vehiculează presupuziția existenței unor relații cauzale, precum și a posibilității cunoașterii acestora. Ea depășește realitatea trăită de cel interviuat (fapte, sentimente, opinii, cunoștințe), solicitând inferențe analitice și deductive. Dificultatea realizării unor inferențe cauzale reprezintă un subiect frecvent întâlnit în filosofia științelor ; întrebarea „De ce ?” are un caracter regresiv care ne conduce – alături de mulți filosofi – să ne interogăm, în cele din urmă, asupra „cauzei prime” a lumii în care trăim. Dificultatea și limitele în utilizarea, în cadrul interviului clinic,

a întrebării „De ce ?” sunt ușor evidențiate de dialogul tipic desfășurat între copiii aflați la vârsta lui „De ce ?” și părinții lor :

- „ - Tăticule, de ce noaptea este întuneric ?
- Pentru că partea Pământului pe care ne aflăm se rotește în direcția opusă Soarelui.
- Tăticule, de ce partea pe care ne aflăm se rotește în direcția opusă Soarelui ?
- Pentru că așa a fost făcută lumea.
- Tată, de ce lumea a fost făcută așa ?
- Pentru că astfel există lumină și întuneric.
- Tăticule, de ce trebuie să fie și întuneric ? De ce nu poate fi doar lumină tot timpul ?
- Pentru că atunci ar fi foarte cald.
- De ce ar fi foarte cald ?
- Pentru că Soarele și-ar trimite razele asupra noastră tot timpul.
- De ce Soarele nu poate fi mai rece uneori ?
- Este, de aceea există noaptea.
- Dar de ce nu putem avea pur și simplu un Soare mai rece ?
- Pentru că așa a fost făcută lumea.
- De ce a fost făcută lumea așa ?
- Ea este ce este. De aceea.
- De ce de aceea ?
- Pur și simplu de aceea.
- Tăticule ?
- Da.
- De ce nu știi de ce se face întuneric ?”

(Adaptare după M.Q. Patton, 1990.)

Întrebarea „De ce ?” antrenează explicații cauzale, justificări. Determinismul comportamentului uman este deosebit de complex și, de aceea, orice explicație cauzală este parțială și poate intra în dezacord cu credințele interlocutorului despre comportamentul în discuție. Adresându-i cuiva, în cursul unui interviu, întrebarea „De ce ?” am putea induce ideea că răspunsul anterior a fost oarecum inadecvat. „De ce ai făcut (gândit, simțit) cutare... ?” poate sugera îndoiala în legătură cu felul în care cineva și-a justificat acțiunile sau sentimentele. Deoarece comportamentele cuiva sunt determinate de imaginea sa despre lume și despre el însuși, este mult mai util să punem întrebarea „Cum... ?”, dacă vrem să înțelegem de ce acesta s-a comportat într-un anumit fel. Astfel, interviuatorul transmite respondentului mai curând interesul său în legătură cu perspectiva sa asupra temei discutate decât grija pentru validitatea, corectitudinea acesteia.

6.4. Întrebări care asigură neutralitatea intervievatorului

Cei mai mulți clinicieni începători trăiesc următoarea dilemă: pe de o parte, ei trebuie să stabilească un bun climat de încredere și înțelegere în timp ce conversează cu clienții lor, pe de altă parte, trebuie să-și păstreze neutralitatea în raport cu ceea ce spun aceștia din urmă. A fi neutru înseamnă ca, indiferent de ceea ce-mi spune persoana pe care o intervievez, eu să nu fiu surprins (plăcut sau neplăcut), speriat, plictisit, iritat etc. În același timp, trebuie să am grijă ca persoana cu care discut să continue să dorească să-mi împărtășească ceea ce are de spus. În timp ce raportul psihologic desemnează poziția sau atitudinea noastră față de persoana interviuată, neutralitatea exprimă poziția față de ceea ce ne spune persoana respectivă. Un bun raport psihologic are la bază respectul pentru persoana interviuată, faptul că experiențele, cunoștințele, atitudinile și sentimentele sale sunt importante pentru mine ca intervievator și că eu nu o voi judeca după conținutul acestora. În termenii concepției rogersiene, raportul are la bază capacitatea clinicianului de a returna clientului său o imagine pozitivă necondiționată, abilitatea sa de a transmite empatic și de a înțelege fără a avea o atitudine evaluativă.

Calitățile întrebărilor unui bun interviu, așa cum au fost ele deja prezentate, precum și abilitatea intervievatorului de a se sincroniza cu respondentul asigură un bun raport psihologic. În continuare vom prezenta câteva modalități de formulare a întrebărilor al căror scop principal este acela de a transmite sentimentul neutralității.

a) *Utilizarea unor exemple ilustrative.* Includerea unor exemple ilustrative în formularea unor întrebări sugerează respondentului că intervievatorul este pregătit să audă aproape orice, și bune, și rele. Intervievatorul începe prin a enumera o *paletă largă de răspunsuri* posibile și încheie printr-o întrebare deschisă, în care invită persoana să vorbească despre ea. Patton (1990) ne oferă un exemplu extras dintr-un interviu realizat cu delincvenți tineri plasați în grija unor asistenți maternali:

„Acum aș dori să te întreb cum ai fost tratat în grupul familial de către părinți. Unii copii ne-au spus că s-au simțit tratați ca și cum ar face parte din familie; alții ne-au spus că au fost bătuți de părinți; alții ne-au vorbit despre unele probleme sexuale pe care le-au avut; alții ne-au spus despre o mulțime de activități recreative și hobby-uri; alții ne-au spus că au fost tratați foarte bine, iar alții că au fost tratați foarte rău. Dar tu, tu cum ai fost tratat în cadrul grupului familial?”

Alteori întrebarea poate conține doar *exemple de răspunsuri extreme*. În ambele situații, intervievatorul comunică respondentului ideea că este deschis pentru orice răspuns; exemplele furnizate „normalizează” anticipat răspunsul persoanei interviuate în sensul că, indiferent ce răspunde, ea se înscrie oricum în grupul din care face parte; nimic nu poate fi deosebit, senzațional, în răspunsul persoanei pentru a antrena o atitudine particulară din partea intervievatorului!

Riscul acestui tip de întrebări este acela de a se transforma în întrebări sugestive. Atunci când întrebarea oferă unul sau mai multe exemple, iar intervievatorul își exprimă implicit preferința pentru unul anume, răspunsul subiecților poate fi orientat în direcția sugerată.

Este important ca, în alegerea exemplelor, să avem grijă să acoperim, într-o manieră echilibrată, mai multe dimensiuni cu exemple pozitive și negative. Personal, consider că acest tip de întrebări trebuie utilizat cu prudență și doar după ce întrebările deschise, al căror răspuns nu a fost influențat de nici o constrângere sau exemplu, nu au condus la informații valide.

b) *Întrebări care invită la simulare sau joc de rol.* Uneori, este util să furnizăm respondentului un context care să-l ajute să răspundă la întrebări. Un astfel de context poate fi furnizat de invitația lansată respondentului de a juca un rol, cerându-i, de pildă, să răspundă intervievatorului ca și când acesta ar fi altcineva decât cine este în realitate :

„Să presupunem că aș fi un nou venit în grupul tău de prieteni și că nu știu nimic despre ceea ce se întâmplă între voi. Ce mi-ai spune despre regulile pe care ar trebui să le respect ?”

Această întrebare creează un context pentru ceea ce, altfel, ar putea fi o întrebare dificilă : *„Care sunt regulile care guvernează grupul tău de prieteni ?”*.

O variantă a acestui tip de întrebare este cea în care intervievatorul se disociază de persoana care, în mod ipotetic, ar adresa întrebarea : *„Să presupunem că cel mai bun prieten te-ar întreba ce anume gândești când consumi droguri. Ce i-ai răspunde ?”* Această întrebare are un caracter mai informal decât întrebarea directă *„Ce anume gândești când consumi droguri ?”* și asigură mai bine neutralitatea intervievatorului, din moment ce acesta nu se mai consideră destinatarul direct al informației solicitate.

Utilizată prea frecvent și cu o intonație inadecvată, acest tip de formulare a întrebărilor poate avea efecte contrare.

Întrebările care invită la simulare furnizează, și ele, un context, dar într-un mod diferit. Aceste întrebări cer persoanei intervievate să se imagineze într-o anumită situație de care intervievatorul este interesat :

„Să presupunem că aș fi invizibil și aș fi prezent într-o după-amiază în familia ta. Ce anume aș auzi și aș vedea ?”

Această întrebare solicită respondentului să devină observator. El simulează anumite situații pe care le-a trăit și, în măsura în care el reușește să retrăiască și să vizualizeze aceste situații, va fi capabil să facă descrieri foarte detaliate ale acestora.

c) *Afirmații și anunțuri introductive.* Scopul afirmațiilor introductive este acela de a permite persoanei intervievate să cunoască obiectivul întrebărilor la care urmează să răspundă, înainte ca acestea să-i fie puse. Acestea permit o focalizare a atenției asupra temei anunțate, organizarea ideilor în vederea alcătuirii răspunsurilor și asigură fluența interviului care, altfel, ar fi întreruptă de pauze necesare ancorării într-un anumit subiect și reamintirii informațiilor solicitate. Există mai multe formulări care pot fi utilizate pentru introducerea unor întrebări specifice.

c₁) *Anunțuri de tranziție* - Acestea comunică faptul că discutarea unei teme a interviului s-a încheiat și că urmează o altă temă :

„Am discutat până acum despre obiectivele tale profesionale. Acum aș dori să-ți pun câteva întrebări despre resursele de care dispui pentru atingerea lor. Prin urmare, care sunt principalele resurse pe care le ai în vedere pentru atingerea obiectivelor tale ?”

O variantă a acestui tip de întrebare o constituie formularea rezumativă tranzitivă. Întrebarea propriu-zisă este prefăcută de un scurt rezumat realizat de intervievator. Acest

rezumat, pe de o parte, îl informează pe respondent că o etapă a interviului s-a încheiat, iar, pe de altă parte, intervievatorul obține un feedback din partea acestuia, înainte de a trece la etapa următoare a interviului. Un bun rezumat induce respondentului sentimentul că a fost bine ascultat și corect înțeles; în plus, acesta are ocazia să facă unele corijări, clarificări sau adăugiri.

„Înainte de a trece la o altă temă a interviului, aș dori să fiu sigur că am înțeles bine tot ce mi-ai spus despre obiectivele tale profesionale. Prin urmare, mi-ai spus că ai trei obiective principale: primul... al doilea... Înainte să îți pun câteva întrebări despre resursele de care dispui pentru atingerea lor, aș dori să știu dacă mai ai ceva de adăugat la aceste obiective”.

c₂) *Anunțul direct* – este o afirmație simplă, prin care spunem persoanei intervievate ce urmează să o întrebăm. Această formulare crește fluența interviului și atenuează surpriza pe care ar putea să o creeze o întrebare directă. Comparați: „Cum te-ai schimbat de când ai început programul terapeutic?” cu „Permite-mi acum să te rog să te gândești la schimbările pe care le-ai observat la tine de când ai început terapia. (pauză) Deci... cum te-ai schimbat de când ai început programul terapeutic?”.

Desigur, interviul poate avea ritmuri și nuanțe diferite – imperativ, direct, conversațional, informal etc. De aceea, intervievatorul trebuie să aleagă formulările adecvate momentului și fluenței interviului. Utilizarea în exces a unui tip de formulare poate influența negativ situația de interviu.

c₃) *Atenționarea* – este o introducere care cuprinde câteva comentarii despre întrebarea care urmează să fie adresată. Aceste comentarii pot să vizeze importanța întrebării, dificultatea, gradul de deschidere sau orice altă caracteristică a întrebării asupra căreia intervievatorul dorește să orienteze atenția respondentului:

„La următoarea întrebare este dificil de răspuns cu certitudine, dar aș dori să meditez asupra ei. Gândindu-te la felul în care te-ai schimbat în ultimul an, cât de mult a contribuit programul terapeutic la aceste schimbări comparativ cu alte influențe intervenite în viața ta în această perioadă?”

sau:

„Următoarea întrebare este deosebit de importantă pentru programul terapeutic. Ce schimbări ar trebui să intervină în comportamentul tău în perioada următoare pentru a considera că terapia pe care am început-o este o terapie de succes?”.

Realizarea unor comentarii în legătură cu întrebările adresate permit intervievatorului să se angajeze într-o discuție cu respondentul fără a comenta totuși răspunsurile acestuia. Fără contextul conversațional creat de formulările menționate mai sus, interviul ar putea lua aspectul unui interogatoriu.

d) *Întrebări de urmărire și aprofundare*. Acest tip de întrebare este utilizat pentru aprofundarea răspunsurilor anterioare și pentru a furniza respondentului indicatori privind nivelul la care dorim să se situeze răspunsul său. Însoțirea pacientului în elaborarea răspunsului și orientarea acestuia spre niveluri din ce în ce mai profunde ale temei explorate se poate face prin mijloace verbale, paraverbale și nonverbale.

Întrebările frecvent utilizate pentru aprofundarea răspunsurilor sunt cele *centrate pe detalii*: „cine?”, „ce?”, „unde?”, „când?”, „cum?”.

Alteori, urmărirea pacientului poate avea drept scop doar stimularea lui în sensul de a continua ceea ce a început deja să spună. În acest caz, intervievatorul poate furniza respondentului un feedback pozitiv, dând ușor din cap sau spunând din când în când „hmm”, „hmm...”. Utilizarea în exces a acestui tip de feedback poate avea efecte contrare, deoarece poate transmite ideea „am înțeles, nu este nevoie să continui!”.

Stimularea respondentului să aprofundeze tema despre care vorbește se poate realiza și prin formulări de tipul:

„Vrei să-mi spui mai multe despre aceasta?”

„Este foarte util pentru mine ceea ce mi-ai spus. Poți să-mi dai mai multe detalii?”

„Am început să am deja o imagine despre... (ideea implicită este că nu am încă o imagine completă, deci te rog să vorbești...)”

„Cred că am început să înțeleg...”

Am arătat deja că există tendința ca, atunci când se dorește ca respondentul să furnizeze informații mai detaliate, să se utilizeze întrebarea „De ce?”. Iată câteva exemple care ilustrează ce alte întrebări eficiente putem utiliza atunci când dorim informații suplimentare de la respondent.

Formulare inadecvată	Formulare eficientă
De ce ai strigat la el?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Spune-mi mai mult despre ceea ce s-a întâmplat. 2. Cum s-a întâmplat de ai ajuns să strigi la el? 3. Ce anume a condus la această situație?
De ce ai spus asta?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Poți să-mi spui ce înțelegi prin ceea ce ai spus? 2. Nu sunt sigur că am înțeles. 3. Cum s-a întâmplat de ai spus ceea ce ai spus?
De ce nu poți dormi?	<ol style="list-style-type: none"> 1. Spune-mi mai multe despre insomnia ta. 2. Poți să identifici ce anume te împiedică să dormi? 3. Cum se întâmplă de nu poți dormi?

e) *Afirmații suportive.* Un interviu eficient induce participanților sentimentul că se realizează o comunicare în ambele sensuri. Interviu clinic diferă de interogatorii sau de stilul investigativ polițienesc. Un bun intervievator are responsabilitatea de a comunica clar ce informație dorește, de ce informația solicitată este importantă și de a furniza respondentului un feedback despre felul în care interviul evoluează spre atingerea obiectivului dorit.

În paginile anterioare am prezentat diverse tehnici de formulare a unor întrebări adecvate atingerii obiectivului interviului. Structura și conținutul întrebărilor au un anumit sens pentru intervievator deoarece el cunoaște scopul interviului. Acest fapt nu este valabil și pentru respondent. Pentru a-i comunica respectul și încrederea noastră și pentru a-i stimula motivația de participare la interviu trebuie să-l informăm despre obiectivul interviului. Această informare are loc la începutul interviului și nu trebuie să fie, în mod necesar, foarte lungă. Când interviul este realizat în cadrul unei cercetări științifice, iar persoana care urmează să fie interviuata este, evident, puțin motivată să participe la cercetare, excesul de explicații ar putea avea efecte contrare. Explicațiile trebuie să fie simple, directe, ușor de înțeles și să vizeze următoarele aspecte :

- a) importanța informațiilor pe care i le vom solicita ; ,
- b) motivele pentru care informațiile sunt importante ;
- c) dorința intervievatorului de a explica obiectivul interviului din respect pentru interviuat.

Deseori, scopul unor întrebări este explicat pe parcursul interviului prin formulări premergătoare respectivei întrebări, așa cum am văzut deja în paginile anterioare.

Un alt element al acestui proces de menținere a comunicării cu interviuatul este furnizarea unor indicatori privind evoluția interviului. O eroare frecventă în realizarea unui interviu este lipsa unor întăriri/recompense și a unui feedback adecvat. Este foarte important să permitem respondentului să știe, din timp în timp, că obiectivul interviului a fost realizat. Cuvintele de mulțumire, de încurajare sau chiar de laudă, îl vor face pe respondent să simtă că interviul progresează mulțumitor.

„Ați reușit să găsiți cele mai adecvate cuvinte pentru a descrie ce anume ați simțit în situația respectivă...”

sau

„Ne apropiem de jumătatea interviului și cred că foarte multe aspecte importante ale temei pe care o discutăm au fost elucidate...”

Reacțiile intervievatorului trebuie să fie în acord cu comportamentul verbal și non-verbal al respondentului. Când, în mod evident, întrebarea este dificilă și persoana interviuata face eforturi să exprime cât mai corect răspunsul său, putem spune :

„Știi că întrebarea a fost dificilă și apreciez efortul tău de a reflecta asupra ei, deoarece am înțeles foarte bine ceea ce mi-ai spus și te-ai exprimat clar”.

Alteori, când respondentul dă răspunsuri superficiale sau parțiale, putem să ne adresăm astfel :

„Nu aș dori să trecem peste această întrebare înainte de a te ruga să meditezi asupra ei puțin mai mult, deoarece simt că, așa cum mi-ai dat deja detalii și clarificări importante răspunzându-mi la alte întrebări, poți și acum să reflectezi mai profund asupra acesteia”.

7. Controlul situației de interviu

Timpul este deosebit de prețios atunci când realizăm un interviu. Răspunsurile lungi și stufoase, remarcele irelevante și digresiunile în cursul unui interviu vor reduce cantitatea de timp disponibil pentru analiza unor întrebări și teme importante. Intervievatorul trebuie și poate menține controlul interviului prin :

1. stabilirea unor obiective clare ;
2. formularea corectă a întrebărilor pentru a obține răspunsurile pe care le așteaptă ;
3. furnizarea unui feedback adecvat, verbal și nonverbal persoanei intervievate.

Atunci când intervievatorul știe ce informație dorește să obțină în urma interviului, el va ști și să deosebească răspunsurile adecvate, în acord cu întrebările puse, de cele inadecvate. Am amintit deja cât de importantă este formularea corectă a întrebărilor și asigurarea unui bun raport psihologic cu respondentul pentru atingerea obiectivelor interviului. Totuși, nu este suficient să formulăm corect o întrebare și nici să planificăm, în detaliu, un interviu. Intervievatorul trebuie să asculte activ, cu atenție, răspunsurile pe care le primește, pentru a fi sigur că interviul progresează în direcția dorită.

Furnizarea unei feedback corespunzător este deosebit de importantă în derularea și menținerea controlului proceselor psihosociale pe care le implică situația de interviu. Clătinarea ușoară a capului, consemnarea răspunsurilor, „hmm”-urile emise din când în când și tăcerile care îndeamnă la elaborare (a rămâne tăcut după ce persoana a încetat să vorbească este un semnal că intervievatorul așteaptă mai mult) sunt semnale că persoana intervievată se află pe drumul cel bun. Primul lucru care trebuie făcut atunci când persoana răspunde altceva decât ceea ce este întrebată este acela de a nu-i mai furniza semnalele pozitive menționate anterior. Dacă respondentul nu reacționează la acest feedback nonverbal, atunci, la prima pauză pe care o face acesta pentru a respira, putem să-l întrerupem cu următoarele intervenții :

„Permite-mi să te întrerup pentru câteva momente. Vreau să fiu sigur că am înțeles bine ceea ce mi-ai spus ceva mai înainte.” (Apoi formulăm o întrebare mai ținută asupra temei care ne interesează)

sau

„Permite-mi să te întrerup pentru câteva momente, deoarece unele lucruri despre care vorbești acum doresc să le abordăm ceva mai târziu în interviul nostru. Mai întâi aș dori să știu de la tine...”

Deși multe manuale recomandă să nu întrerupem persoana intervievată în timp ce formulează răspunsurile, dacă facem acest lucru cu sensibilitate și respect pentru ea, asigurăm un climat mai bun de desfășurare a interviului decât dacă am continua să ascultăm expuneri care, evident, nu ne interesează.

8. Înregistrarea datelor

Indiferent ce tip sau stil de interviu utilizăm, în cazul în care răspunsurile persoanelor intervievate nu sunt înregistrate, atunci toată munca intervievatorului poate fi în zadar. Munca ulterioară de analiză, interpretare, evaluare și intervenție are la bază datele și informațiile obținute în cursul interviului.

Înregistrarea pe casete audio. Un casetofon este deja considerat un echipament indispensabil pentru realizarea unei cercetări ce uzează de metode calitative. Utilizat corespunzător, un casetofon nu „bruiază” conversația și nu influențează ceea ce se spune (din cauza unei interpretări conștiente sau inconștiente a prezenței casetofonului). În afară de faptul că sporește calitatea activității de colectare a datelor, folosirea unui casetofon permite intervievatorului să fie mult mai atent la ceea ce spune persoana intervievată. Un intervievator preocupat să noteze fiecare cuvânt va avea dificultăți să răspundă corespunzător nevoilor de relaționare și celorlalte semnale transmise de respondent, iar natura conversațională a interviului ar fi serios perturbată.

Este important ca, atunci când utilizăm un casetofon pentru înregistrarea interviului, să explicăm, într-o manieră adecvată, acest fapt persoanei intervievate :

„Aș dori să înregistrez pe casete audio ceea ce vei spune, astfel încât să nu omit nimic din cele spuse de tine. Dacă aș nota din când în când, aș putea omite lucruri importante sau aș risca să scriu altceva decât ceea ce îmi spui cu adevărat. Deci, dacă nu te deranjează, aș dori să utilizez acest casetofon. Dacă, uneori, în timpul interviului, dorești să nu înregistrăm ceva anume, tot ce ai de făcut este să întrerupi microfonul apăsând pe acest buton.”

Totuși, utilizarea microfonului nu elimină total luarea unor notițe. Acestea pot fi utilizate fie ca suport pentru formularea unor noi întrebări, mai ales pentru verificarea a ceea ce s-a spus mai înainte, fie pentru facilitarea unor analize ulterioare, notițele ajutându-ne să identificăm ulterior, pe casetă, momentele cele mai importante ale interviului. În plus, luarea de notițe poate fi un feedback nonverbal, util pentru derularea interviului : notarea semnalează că s-a recepționat o informație importantă.

Transcrierea interviurilor înregistrate audio. Deoarece înregistrarea audio conține exact ceea ce a spus persoana intervievată, este de dorit să se realizeze transcrierea întregului interviu. Din nefericire, transcrierea este o operație costisitoare. Experiența unor centre de cercetare evidențiază că, pentru transcrierea unei înregistrări de o oră, sunt necesare patru ore. În ciuda acestui fapt, transcrierea integrală a interviului este recomandată, deoarece ea este deosebit de utilă pentru analizele ulterioare, pentru replicări sau analize independente. Atunci când resursele nu sunt suficiente pentru o transcriere integrală, intervievatorul poate alege o cale de mijloc între utilizarea notițelor și transcrierea doar a pasajelor mai importante ale interviului.

Indiferent ce strategie se alege – transcrierea integrală sau parțială –, este important ca înregistrarea să fie de bună calitate. Este responsabilitatea intervievatorului să asigure toate condițiile tehnice necesare unei bune înregistrări.

Luarea de notițe în timpul interviului. Atunci când, în timpul interviului, se utilizează un casetofon, notele vor cuprinde doar fraze importante, lista ideilor principale produse de respondent, eventual unele expresii și cuvinte tipice, pentru a reține limbajul specific

persoanei intervievate. Deoarece notările trebuie efectuate într-un timp foarte scurt (pentru a nu perturba natura interactivă a interviului), intervievatorii trebuie să dezvolte un sistem de abrevieri pe care să-l poată utiliza ușor. În general, se recomandă următoarele :

- să utilizăm ghilimelele doar pentru a marca exact ceea ce a spus respondentul ;
- să se dezvolte un sistem de notare a ideilor și interpretărilor care ne vin în minte în cursul interviului (de pildă punându-le între paranteze, pentru a le deosebi de răspunsurile persoanei intervievate) ;
- să ținem o evidență a întrebărilor puse și a răspunsurilor primite ; astfel, vom ști dacă este cazul să revenim asupra unor întrebări cu ajutorul altora concrete.

Atunci când, din diverse motive, nu înregistrăm interviul pe casete audio, notițele trebuie să devină mai detaliate. În acest caz, este important să notăm, cât de des posibil, utilizând exact cuvintele respondentului. Când acesta a spus ceva foarte important, putem chiar să-l oprim, informându-l că dorim să notăm exact ceea ce a spus.

9. Reflecții etice

Interviurile sunt, de fapt, intervenții. Un bun interviu provoacă deschideri la nivelul gândurilor, sentimentelor, cunoștințelor și experiențelor ambelor persoane aflate în interacțiune – intervievator și intervievat.

După un interviu, respondentul constată că a descoperit mai multe lucruri despre el însuși, despre ce simte, ce gândește în raport cu anumite aspecte ale realității sau cu el însuși, că proiectele și obiectivele lui ar putea deveni mai vizibile etc. Este pregătită o astfel de persoană să integreze, într-o manieră neconflictuală, la nivel conștient, ceea ce a aflat despre el ?

Terapeuții știu deja că interviul are efecte terapeutice și că felul în care este condus interviul poate declanșa procese psihologice cu un impact terapeutic important : *insight*, *reframing*, reevaluare, catharsis etc. Totuși, cercetătorul care realizează un interviu calitativ nu este terapeut, iar scopul lui principal este acela de a aduna informații ; în ciuda acestui fapt, există tentația de abatere de la obiectivul principal al interviului de cercetare atunci când persoanele intervievate, vorbind despre problemele lor, solicită sfaturi, aprobări, confirmări. Astfel, intervievatorul poate deveni, la rândul lui, intervievat, numărul întrebărilor la care este nevoit să răspundă putând să-l depășească pe cel al întrebărilor puse de el însuși !

Persoanele intervievate ar putea să ne spună mult mai multe lucruri decât intenționam, inițial, să aflăm. Interviurile se pot transforma, astfel, sub protecția confidențialității, în adevărate confesiuni. Este totuși posibil să păstrăm confidențialitatea oricărei informații ? Ce se întâmplă dacă unele dintre informațiile aflate în cursul interviului se referă la fapte periculoase, care ar trebui cunoscute de către poliție ?

De asemenea, interviul poate avea un impact deosebit și asupra intervievatorului. Acesta ia contact cu realități psihosociale care ar putea să pună sub semnul întrebării propriile valori și principii și ar putea induce trăiri afective intense.

Aceste considerații și-au propus să sublinieze impactul psihosocial pe care îl poate avea situația de interviu – ca situație socială *interactivă* – și, în consecință, necesitatea de a anticipa câteva aspecte etice ale cercetării de tip calitativ.

Punctăm câteva astfel de probleme etice care trebuie avute în vedere în momentul organizării și planificării unei cercetări calitative. O bună parte a acestor probleme au fost deja dezvoltate într-un alt capitol al lucrării. Dacă le amintim aici, o facem pentru a sublinia relevanța lor în raport cu interviul calitativ.

1. *Promisiuni și reciprocitate*. De ce trebuie să participe respondentul la interviu? Nu faceți promisiuni pe care nu le puteți onora (de pildă, nu promiteți o copie a raportului final).
2. *Evaluarea riscului*. În ce fel participarea la interviu implică anumite riscuri (dacă există vreunul)?
 - stres psihologic;
 - implicații legale;
 - reacția persoanelor apropiate, a colegilor etc. la faptul că respondentul a spus ceea ce a spus;
 - repercusiuni politice etc.
3. *Confidențialitate*. Asupra căror informații este rezonabil să păstrăm confidențialitatea, astfel încât promisiunea confidențialității să fie pe deplin onorată?
4. *Consimțământul în deplină cunoștință*. Ce tip de consimțământ informat este necesar pentru o bună protecție reciprocă?
5. *Accesul la date și proprietatea*. Cine va avea acces la date? Cu ce scop? Cine va fi proprietarul datelor?
6. *Sănătatea mentală a intervievatorului*. Cum și în ce fel vor fi afectați intervievatorii de practicarea interviului? Ce anume vor auzi și vedea pentru a ști dacă va fi nevoie de ședințe de *debriefing*?

În finalul acestui paragraf supun atenției cititorului câteva reflecții formulate de M.R. Patton asupra interviului:

„Întreabă.

Ascultă și înregistrează.

Întreabă și înregistrează.

Este o mare responsabilitate să întrebi.

Este un privilegiu să asculți.

.....
A întreba înseamnă a căuta intrarea în lumea celuilalt. De aceea, întrebați respectuos și cu sinceritate. Nu irosiți întrebările asupra unor lucruri mărunte, valoarea răspunsurilor pe care le primiți reflectă valoarea întrebărilor voastre.

Binecuvântați sunt cei care se pricep să întrebe, lor li se vor da munți de cuvinte pentru a urca. Binecuvântați sunt cei care pun întrebări înțelepte, lor li se vor deschide căile cunoașterii.

Binecuvântați sunt cei care știu să asculte, lor li se vor deschide noi perspective”
(Patton, 1990, pp. 358-359).

10. Analiza și interpretarea datelor produse cu ajutorul interviului

10.1. Analiza de conținut – definiție, caracteristici, tipuri

Interviul este o situație socială caracterizată printr-o relație particulară a două persoane care aparțin unor universuri psihosociale diferite. Am arătat deja că interviul este un schimb comunicațional structurat și tactic, care implică o serie de aspecte emoționale și afective. Nu este suficient să întrebi pentru a primi un răspuns relevant, iar respondentul știe sau nu știe, poate sau nu poate, vrea sau nu vrea să ne furnizeze informațiile pe care i le cerem. De aceea, a lua informațiile brute, obținute cu ajutorul interviului, drept adevărul simplu și univoc referitor la imaginea pe care individul o are despre lume și despre el însuși este o eroare. Mesajul este transmis concomitent, verbal și nonverbal, într-un anume context, care îi precizează sensul. În plus, după cum se știe, limbajul are multiple capcane și este utilizat deseori pentru a ascunde ceea ce gândește cu adevărat cel care vorbește. Deși există multe metode de analiză a discursului, relațiile – încă insuficient studiate – dintre comportament și exprimarea verbală fac analiza să fie parțială și limitată.

Analiza discursului utilizează concepte care au la bază puncte de vedere diverse: lingvistice, semiologice, psihologice, psihanalitice, sociologice etc. Analiza de conținut depinde de scopurile și obiectivele generale pe care le vizează. Fiecare obiectiv solicită o redefinire a metodei, în funcție de ceea ce se dorește să se demonstreze, să se evedențieze etc. Analiza de conținut a unei convorbiri își propune să sprijine impresiile, intuițiile și raționamentele, realizate în baza unei observării metodice și riguroase a discursului. Efortul pe care îl presupune analiza de conținut este focalizat asupra explicitării și explorării conținutului formal sau latent, pornind de la anumite repere obiective, indici cuantificabili sau nu.

Încă de la apariția ei, în perioada anilor '40, scopul explicit al analizei de conținut a fost acela de a înlocui analiza „literară”, impresionistă a textelor cu o metodă care să satisfacă exigențele unei analize *obiective*, cu adevărat științifice.

Cea mai frecvent citată definiție a analizei de conținut este cea a lui Berelson, conform căreia aceasta este „o tehnică de cercetare pentru descrierea obiectivă, sistematică și cantitativă a conținutului manifest al comunicării, având ca scop interpretarea lui”.

Analiza este *obiectivă* deoarece ea utilizează reguli și consemne suficient de clare și precise pentru ca analiști diferiți, lucrând asupra aceluiași conținut, să obțină rezultate comparabile. Caracterul *sistematic* al analizei este asigurat de faptul că orice conținut trebuie să fie ordonat și integrat în categoriile de analiză alese, în funcție de scopul urmărit. Nici un element informațional, care are o legătură cu obiectivul analizei, nu trebuie ignorat. În sfârșit, analiza de conținut realizează deseori o descriere cantitativă, utilizând o statistică descriptivă adecvată (sume, medii, frecvențe etc.). Totuși, nu orice analiză de conținut are un caracter cantitativ; s-au dezvoltat o serie de metode calitative care analizează mai degrabă temele abordate, fără să-și propună măsurarea lor.

Pentru a ajunge la structura profundă a experienței pe care o transmite o persoană în cursul unui interviu, pentru a avea o imagine cât mai clară a „hărții” sale interioare,

analiza de conținut a interviului psihologic are în vedere *selecția* intențională a materialului verbal de către respondent și combinarea originală a cuvintelor de către acesta; ea își propune, de asemenea, să evidențieze ceea ce este *repetitiv*, ce poate fi *cuantificat* și ceea ce este *original*, propriu individului.

Deși există multe metode de analiză de conținut – unele fiind încă insuficient de bine demarcate de altele, iar clasificarea lor riguroasă fiind dificilă – reținem clasificarea propusă de L. Bardin (1983):

1. *Analiza tematică* își propune să evidențieze reprezentările sociale sau evaluările locutorilor pe baza examinării sistematice a elementelor constitutive ale discursului. În această categorie distingem:

- *analiza categorială* – este cea mai veche și cea mai frecvent utilizată. Ea constă în calcularea și compararea frecvențelor unor caracteristici anume (cel mai adesea temele evocate) grupate, în prealabil, în categorii semnificative. Ea are la bază ipoteza că o caracteristică este cu atât mai frecventă cu cât ea este mai importantă pentru locutor. Demersul este esențialmente cantitativ.
- *analiza evaluării* – se realizează asupra evaluărilor formulate de locutor. Este calculată frecvența diferitelor evaluări, dar și direcția (pozitivă sau negativă) și intensitatea lor.

2. *Analiza formală* vizează formele și elementele care asigură derularea discursului. Prezentăm mai jos două tipuri ale acestei analize:

- *analiza exprimării verbale* – se realizează asupra formei comunicării, ale cărei caracteristici (vocabular, lungimea frazelor, ordinea cuvintelor, ezitări...) ne informează despre starea de spirit și atitudinile locutorului.
- *analiza enunțiativă* – se efectuează asupra discursului, conceput ca un proces a cărui dinamică proprie este ea însăși importantă pentru obiectivul urmărit. Cercetătorul este atent la datele referitoare la dezvoltarea generală a discursului, ordinea secvențelor, repetiții, rupturi ale ritmului etc.

3. *Analiza structurală* se centrează asupra felului în care se combină diverse elemente ale mesajului, cu scopul de a evidenția aspectele implicite. Se pot distinge:

- *analiza co-ocurențelor* – examinează asociațiile temelor în cadrul secvențelor comunicării. Faptul că mai multe teme sunt abordate în aceeași secvență a comunicării ne informează despre structurile mentale și ideologice sau despre preocupările latente ale locutorului;
- *analiza structurală propriu-zisă* – este cea al cărei scop constă în evidențierea principiilor care organizează elementele discursului, indiferent de însuși conținutul acestor elemente. Diferitele variante ale analizei structurale încearcă fie să deceleze o ordine ascunsă a funcționării discursului, fie să elaboreze un model operatoriu abstract, destinat structurării discursului și facilitării înțelegerii lui.

Vom prezenta, în continuare, câteva metode de analiză de conținut dintre cele mai frecvent utilizate în analiza datelor produse cu ajutorul interviului, dar și cu ajutorul altor metode dominant calitative.

10.2. Metode de analiză

10.2.1. Analiza tematică

Analiza tematică își propune să identifice indicatori care să poată rezuma multiplele sensuri ale mesajelor existente într-un discurs. Ea se dorește a fi o analiză obiectivă și se interesează deopotrivă de condițiile emiterii mesajului, cât și de recepția sa – intențiile locutorului/efectele asupra receptorului (Poussin, 1992). Textul este decupat în unități de sens numite *teme*. Trebuie să subliniem că tema nu este o realitate de ordin lingvistic, ci de ordin psihologic. Temele sunt recunoscute de analist ca fiind unități de semnificație, indiferent de formele discursive sub care ele apar. O grilă de analiză tematică este alcătuită dintr-o listă organizată de teme și subteme. Grilele de analiză tematică pot fi ori rezultatul aplicării unei teorii la analiza unui document (de pildă grilele de analiză a răspunsurilor la unele teste proiective), ori pot să rezulte din analiza documentului însuși. În acest din urmă caz sunt parcurse mai multe etape care, în bună parte, sunt comune și celorlalte metode de analiză de conținut și vor fi prezentate în paginile ce urmează.

10.2.2. Analiza interlocutorie

Principiul de bază al acestei analize formale poate fi rezumat cu ajutorul a trei reguli:

1. Descrierea „conținutului” unui enunț emis în momentul t_1 al schimbului verbal trebuie să se efectueze prin raportare la „conținutul” enunțurilor care l-au precedat.
2. Pentru a aplica regula precedentă, se începe prin construirea *cuplurilor* de enunțuri.
3. În analiza unor cupluri de enunțuri se are în vedere definirea a ceea ce al doilea element reține și schimbă din conținutul primului element.

Analiza interlocutorie ridică mai multe probleme, între care menționăm:

- alegerea secvențelor succesive ale analizei nu este orientată de nici o regulă. Justificarea sa rămâne empirică, la fel ca întreaga analiză tematică;
- noțiunea de „enunț” nu este definită. Ea corespunde în linii mari frazei, dar poate fi mai puțin sau mai mult decât o frază;
- schimbul verbal nu acoperă toate elementele interacțiunii. Răspunsul la un enunț se poate realiza și într-o manieră nonverbală. Transcrierea textuală a unui interviu nu va reține acest răspuns; A. Trognon consideră că această problemă poate fi rezolvată ușor: nu vom avea, în acest caz, un cuplu de enunțuri, nu vom avea o interpretare și, prin urmare, nu vom avea nici o eroare! Părerea noastră este că descrierea lacunară a discursului, care rezultă din utilizarea acestei perspective, reprezintă ea însăși o sursă de eroare.

Acest tip de analiză adaugă analizei tematice o perspectivă dinamică și poate fi utilă mai degrabă în analiza interviurilor de grup, decât în cea a interviurilor individuale.

10.2.3. Analiza lexicală

Lexicul desemnează ansamblul cuvintelor și idiomurilor unui autor, unui grup social, unei epoci etc. și se deosebește prin aceasta de dicționar, care cuprinde ansamblul cuvintelor unei limbi. Lexicometria se ocupă de studiul *itemilor*, adică a unităților grafice dintr-un text, separate de două spații goale. Analiza itemilor (cuvinte separate) se poate realiza fie ținând seama de contextul în care ele apar, fie fără raportarea la acest context.

Lexicometria distinge *itemii* de *forme*. De pildă, forma „eu” – pronume personal, persoana I, singular – poate apărea de cincizeci de ori într-un text; în acest caz vom avea o singură formă – „eu” – și cincizeci de „itemi” ai acestei forme.

În cazul *lexicometriei realizate fără raportarea la context*, fiecare formă poate conduce la un calcul de distribuție a frecvențelor (proporția unei forme în ansamblul tuturor formelor din discurs sau proporția itemilor unei forme în ansamblul itemilor).

Uneori se face deosebirea între formele „funcționale” și cele „lexicale”. Formele funcționale sunt cuvinte – instrumente gramaticale (cuvinte de legătură). Pornind de la acestea, se pot calcula:

- coeficientul general de repetiție: nr. de itemi/nr. de forme;
- coeficientul de repetiție funcțională: nr. de itemi funcționali/nr. de forme funcționale;
- coeficientul de repetiție lexicală: nr. de itemi lexicali/nr. de forme lexicale.

În cazul în care se compară discursurile diferiților emițători între ei, se pot compara coeficienții menționați, dar este util să definim ceea ce se numește, de obicei, *vocabularul banal*, adică lista formelor lexicale comune tuturor locutorilor. După delimitarea acestuia, fiecare locutor va putea fi caracterizat prin mărimea vocabularului specific ori prin ceea ce are comun doar cu unii locutori. Astfel, pot fi identificați, în cadrul unui grup, emițătorii cei mai originali. Acest calcul relativ simplu este util doar în măsura în care este utilizat pentru descoperirea celor mai semnificative forme dintr-un discurs. Se poate calcula, în acest fel, pornind de la frecvența unei forme date, o *frecvență relativă* a acestei forme în ansamblul discursului (adică probabilitatea sa de apariție).

Alte calcule permit identificarea formelor cu valori *specifice* pentru anumite grupuri sau indivizi. În sfârșit, prin utilizarea analizei factoriale a corespondențelor, se poate obține o imagine *simultană* a specificității formelor utilizate de diverși emițători individuali sau grupuri de emițători.

Lexicometria uzează și de o serie de indicatori care au ca principal obiectiv *evidențierea contextului* în care apar diverse forme lexicale. Pornind de la analiza precedentă, se poate alege o formă lexicală ca *pol de analiză*. În acest caz ne vor interesa co-ocurențele, adică frecvența de asociație a polului de analiză cu alte forme în cadrul unei propoziții, fraze sau paragraf. Se numește *cofrecvență observată* numărul de apariții ale unei forme lexicale în vecinătatea unui pol de analiză. Dar co-ocurența nu are aceeași importanță dacă forma se găsește la distanță sau foarte aproape de pol. Dacă se dă o valoare anume fiecărui item, în funcție de depărtarea sa de pol (de exemplu, 1 punct pentru vecinătatea imediată, 1/2 punct pentru distanța imediat următoare – între pol și itemul analizat se

găsește doar un cuvânt etc.), atunci se poate calcula un *indice de proximitate*. După mai multe reajustări, se poate calcula o *cofrecvență teoretică*, care este produsul dintre numărul de itemi pentru fiecare formă și frecvența relativă a formei în cadrul discursului. Raportând cofrecvențele teoretice la cele observate, rezultă trei situații:

- cofrecvența observată = cofrecvența teoretică; în acest caz avem o vecinătate normală;
- cofrecvența observată < cofrecvența teoretică; polul *respinge* această formă din vecinătatea sa;
- cofrecvența observată > cofrecvența teoretică; polul *atrage* această formă (ea este numită, în acest caz, formă co-ocurentă).

10.2.4. Analiza propozițională a discursului

În analiza propozițională a discursului (APD), unitatea de analiză este propoziția înțeleasă din punct de vedere gramatical, adică orice segment de text care are un subiect și un predicat. Se face o distincție între propozițiile principale, tranzitive (SPC) sau intransitive (SV – de pildă: „eu călătoresc”) și propozițiile subordonate. După ce textul a fost decupat în propoziții, se procedează la *modalizare*, adică la extragerea tuturor cuvintelor „instrumente”, care nu modifică sensul frazei, dar pot avea o mare importanță argumentativă (de tipul: „evident”, „desigur” etc.).

Se procedează apoi la determinarea „referențelor nodali” sau „centrali”. Aceștia sunt referenții în jurul cărora se articulează discursul: ce și despre cine se vorbește. Din punct de vedere gramatical, ei pot avea funcția sintactică de subiect sau complement. Pentru a limita numărul referențelor nodali (în jurul a 15 pentru fiecare emițător), se pot constitui clase de echivalență. Astfel, două lexeme aparțin aceluiași referent nodal cu condiția să poată fi utilizate unul în locul celuilalt, fără a modifica sensul frazei (de pildă: raport, relație, contact, întâlnire etc.).

Referenții nodali cei mai întâlniți sunt:

- pronumele personale sau termenii care desemnează subiectul: eu, părerea mea etc.;
- termeni cu care sunt desemnați ceilalți într-o manieră neutră: ei, oamenii, ceilalți, mulțimea etc.;
- un anume tip sau o categorie de persoane indicată în mod particular: categoria prietenilor sau, dimpotrivă, cea a dușmanilor, persoanele familiare/persoanele străine etc.

Cunoașterea acestor referenți nodali frecvent utilizați facilitează analiza deoarece, deseori, ei acoperă între 60 și 80% din totalitatea referențelor nodali ai discursului.

Alegerea referențelor nodali se poate face *a priori* sau *a posteriori*, pe o bază statistică. În acest ultim caz se consideră că referenții atestați în text cu o frecvență mai ridicată decât alții au statutul de referenți nodali.

După terminarea acestei etape se poate trece la codificarea propozițiilor. Fiecare propoziție are trei elemente sau chiar mai multe. Există, astfel, propoziții: RN / V / RN – unde RN = referent nodal, V = verb; al doilea RN poate avea rolul de complement.

Se poate întâmpla ca o sintagmă care nu a fost reperată ca RN să ocupe rolul de complement. Dacă notăm această sintagmă cu Y, atunci pot apărea următoarele structuri: RN / V / RN / Y sau RN / V / Y.

În cursul analizei RN primește un număr de cod, iar verbele sunt, și ele, repartizate în trei categorii, codificate astfel:

- S → verbe statice care indică starea sau posesiunea (*a fi și a avea* – când nu sunt utilizate ca verbe auxiliare, dar și *a suporta, a iubi*) etc.;
- A → verbe de acțiune (*a face, a merge, a se interesa* etc.);
- D → verbe declarative (*a spune, a anunța, a exprima, a propune* etc.).

Nu este întotdeauna ușor de repartizat un verb într-o anumite categorie. Pentru a ușura identificarea categoriei în care poate fi inclus un verb, se poate utiliza o transformare (exemplu: *a iubi*, în anumite cazuri, înseamnă „a avea” un sentiment pentru cineva, deci poate primi codul „S”). Polaritatea, pozitivă sau negativă, se poate nota cu „p” sau „n” și punerea în relație cu ceva anume cu „r”. Această formă de codificare se numește „model argumentativ” (Poussin, 1992).

10.2.5. Analiza structurală

Dacă suntem de acord cu R. Barthes (1966), care spune că „nimeni nu poate produce un text fără să se refere la un sistem implicit de unități și reguli”, atunci o bună înțelegere trebuie să se bazeze pe degajarea structurii acestuia.

În continuare vom prezenta, pe scurt, principiile de bază ale analizei structurale, precum și câteva considerații referitoare la cele două nivele de analiză menționate (Ruquoy, 1990).

Structura este o combinație de elemente. Singur, un element este lipsit de semnificație. La nivelul elementar, structura presupune existența a cel puțin două elemente care se află într-o relație. De pildă, noțiunea de „bine” nu este un element pertinent în cursul analizei decât dacă noțiunea de „rău” este și ea prezentă. Cei doi termeni își fundamentează sensul pe opoziția *bine/rău*.

Un termen se constituie, deci, pe baza unei relații de disjuncție cu alt termen care este inversul său, cu condiția ca cei doi termeni să fie elemente ale aceluiași ansamblu. Pentru ca doi termeni să poată fi comparați și apoi diferențiați, ei trebuie să se situeze pe aceeași axă. Opoziția *bărbat/femeie* postulează un punct de vedere comun – sexul ființei umane. Numitorul comun a doi termeni se numește „axă semantică”. Afirmăm existența unei opoziții din momentul în care ea este definită prin cel puțin două proprietăți distincte, atribuite respectiv fiecăruia din cei doi termeni ai codului. Relația astfel definită este numită „cod disjunctiv”.

Dacă identificăm un element „A” în cursul citirii textului, inversul său poate fi descoperit oriunde în text și poate lua orice formă lingvistică: cuvinte/secvențe de cuvinte, verbe, substantive, adjective etc. Identificarea codurilor (axelor semantice) este rezultatul unei analize inductive, fără nici un aport teoretic exterior textului. Dacă cineva afirmă că s-a născut într-un sat, acest element nu va fi reținut pentru analiză decât dacă va intra într-un sistem de opoziție, adică dacă locutorul opune acest aspect al identității sale altuia de același ordin, respectiv faptului de a se fi născut la oraș. Astfel, în cazul în care el afirmă că, spre deosebire de cei născuți la oraș, care au puține relații cu vecinii

și unde cenzurile morale funcționează mai slab, cei născuți la țară au tendința de a stabili relații mai apropiate cu vecinii și sunt mult mai atenți la părerile celor din jur – atunci putem identifica „codul disjunctiv” (axa semantică) *rural/urban*.

Termenul unui cod poate fi expresia condensată a unor formulări multiple întâlnite în text. Pe parcursul analizei există tendința de a trece de la o pluralitate de coduri la un număr mai mic de coduri, cu un nivel de abstractizare mai mare.

Analiza structurală se poate realiza la două niveluri: primul nivel studiază codurile care organizează, în conștiința locutorului, percepția realului; al doilea constă în adoptarea unei perspective dinamice asupra discursului organizat în jurul unei structuri fundamentale.

1. Primul nivel într-o analiză structurală îl constituie identificarea codurilor și a relațiilor dintre acestea. În această fază nu este obligatoriu să se lucreze asupra întregului text (Ruquoy, 1990), se lucrează asupra unui fragment, pornind de la ipoteza că și în restul textului operează aceeași structură a codurilor. Abia după ce s-au identificat codurile în primul fragment ales, se trece la un nou fragment pentru a verifica structura descoperită. Se realizează, astfel, o completare a structurii inițiale, în mod succesiv, până când informațiile din text nu mai pot oferi nimic nou pentru completarea sau modificarea codurilor.

Următoarea operație este reprezentată de clasificarea codurilor.

O primă categorie de coduri sunt *codurile de calificare*. La prima vedere, funcționarea discursului constă în a afirma existența unor entități (personaje, obiecte, locuri etc.) și apoi în a atribui unele calități acestor entități. Adevărul este că actorii sunt creați treptat, pe măsură ce li se atribuie anumite calificative. Același lucru se întâmplă și într-un roman, unde, inițial, numele eroului este o etichetă goală și, pe parcurs, descoperim adevăratul personaj ce se ascunde în spatele etichetei, pe măsură ce i se atribuie o serie de calități și acțiuni.

Există mai multe registre de calificare (etic, economic, psihologic, afectiv, rațional, practic etc.), iar descoperirea acestora ne permite o mai bună sesizare a jocului de semnificații și asociații din cadrul textului.

Codurile timpului se întâlnesc și ele frecvent. Analistul se poate întreba care sunt timpurile la care se referă locutorul, care sunt cele mai valorizate, dacă timpul este perceput într-o manieră statică sau dinamică, ciclică sau liniară, dacă timpul este trăit prin raportarea la istoria individuală, cea socială sau mitică.

În aceeași măsură ne putem întreba și în ceea ce privește *codurile spațiului* (spațiu închis/deschis, localizat/universal etc.).

O importanță deosebită o au codurile actanțiale și acționale, care se referă la *actori și acțiuni*. Pe de o parte, se identifică „actanții”, cei care acționează, adică orice realitate – lucru sau ființă – căreia i se atribuie o acțiune sau care este obiectul unei acțiuni și, pe de altă parte, acțiunile. În cadrul acestor trei categorii din urmă, codurile își dezvăluie proprietățile definite cu ajutorul codurilor de calificare.

După identificarea codurilor și clasificarea lor urmează o altă operație, prin care analistul își propune să plaseze codurile în anumite structuri. Structura nu este o simplă juxtapunere de coduri clasate în categorii, ea este o compoziție de coduri susceptibile de combinații diverse. Analiza are în vedere trei moduri de articulare a codurilor:

- a) relații de echivalență;
- b) sistem încrucișat;
- c) sistem ierarhizat.

Două sau mai multe coduri sunt în *relații de echivalență* dacă sunt calificate în același fel. Acestea sunt numite *coduri paralele*. Într-un studiu asupra analizei structurale și simbolicii sociale, J. Remy (1990) descoperă, într-un text scris de Danneels, următoarele coduri echivalente: „codul etic – „*dragoste posesivă/dragoste-jertfă*”, codul actanțial – „*Om/D-zeu*”, codul temporal – „*vârstă tânără/vârstă adultă*” și codul spațial – „*superficial/profund*”.

Două coduri se pot combina pentru a constitui un sistem. Acestea sunt *codurile încrucișate*. Acest mod de combinare definește patru realități, dintre care două sunt investite într-o manieră ambivalentă (ele integrează un termen pozitiv și un termen negativ al celor două coduri), a treia este total pozitivă și a patra total negativă. O astfel de configurație poate permite locutorului să pună accent pe cadranul al 3-lea (realitatea total pozitivă), care devine, astfel, nucleul discursului său. (Vezi figura nr. 1.)

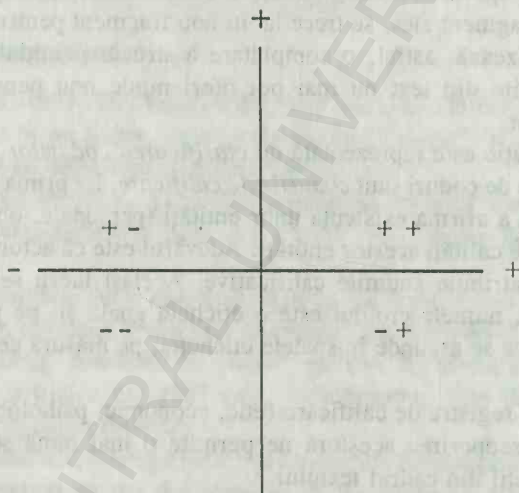


Figura nr. 1 – Codurile încrucișate (cf. J. Remy, 1990).

Codurile se pot combina astfel încât să conducă la un *model ierarhizat*. Termenul A al unui cod A/B se poate prezenta nu ca o realitate unică, ci ca fiind constituit din două părți – A_1/A_2 . Modul de exprimare al locutorului ne poate face să ne gândim la o configurație ternară (A_1, A_2, B), dar analiza poate evidenția că avem, la un prim nivel, un cod, și, la al doilea nivel, un alt cod, care are ca univers propriu unul dintre termenii primului cod.

În exemplul următor prezentăm un sistem ierarhic degajat din analiza textului lui Danneels (Remy, 1990). (Vezi figura nr. 2.)

După descrierea structurii și modului de funcționare a discursului se ajunge la înțelegerea logicii acestuia, fapt ce poate fi concretizat în: parafrizarea textului, enunțarea doar a aspectelor implicite ale textului, imaginarea unui contradiscurs sau realizarea de predicții privitoare la discursul locutorului în alte circumstanțe.

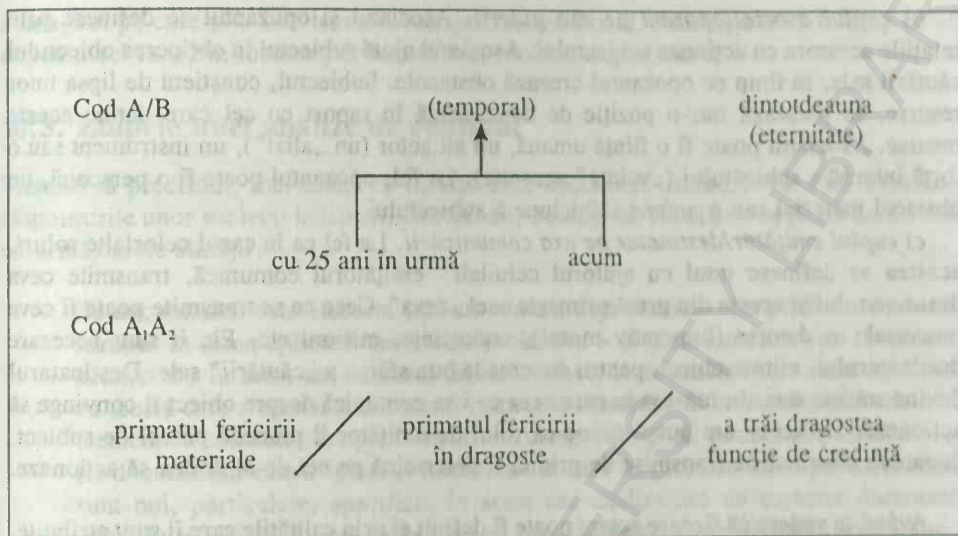


Figura nr. 2 (cf. J. Remy, 1990).

2. Al doilea nivel al analizei structurale îl constituie ceea ce unii autori numesc „povestea căutării”. Orice discurs nu este o simplă descriere, el se organizează în vederea unei finalități. Putem evidenția această finalitate decodificând structura „dramatică” implicită, care dă sens discursului. „Drama” discursului este jucată de mai multe personaje, este o partitură cu mai multe roluri. Într-o lucrare asupra morfologiei povestirii, Propp (1970) afirmă: „ceea ce se schimbă sunt numele personajelor, ceea ce nu se schimbă sunt acțiunile sau funcțiile lor. Se poate concluziona că povestea atribuie aceleași acțiuni unor personaje diferite. Acest fapt ne permite să studiem poveștile pornind de la funcțiile personajelor” (p. 13).

Adaptând această perspectivă, Greimas analizează „povestea” conținută într-un discurs, făcând apel la rolurile personajelor acesteia. El limitează numărul de roluri la șase și definește trei axe de relaționare între acestea. Rezultă un model actanțial care reprezintă o structură fundamentală întâlnită în orice discurs. În acest model, un actant este definit prin tipul de relație pe care îl stabilește cu alți actanți și prin locul său în structura identificată. Noțiunea de actor sau de personaj este înlocuită cu cea de actant pentru a semnifica faptul că același actor poate juca roluri actanțiale diferite și, invers, că același statut actanțial poate fi ocupat de mai mulți actori. Rolurile pot fi jucate de ființe umane, dar și de obiecte materiale (de pildă averea, bogăția ca obiect-actant) sau de către entități morale, spirituale (de pildă, rațiunea ca „asociat”).

Iată cele șase roluri și axele pe care acestea se relaționează:

a) *cuplul subiect/obiect pe axa dorinței*. „Povestea” conținută de discurs pune în scenă o „căutare”, este vorba despre un subiect aflat în căutarea unui obiect care îi lipsește. Relația care îi unește este o relație de dorință. Cele două roluri se definesc prin raportarea unuia la celălalt: nu există un subiect fără obiect, nici un obiect fără subiect. Obiectul căutării este o valoare recunoscută și, de aceea, de necontestat.

b) *cuplul asociat/opozant pe axa puterii*. Asociatul și opozantul se definesc prin relațiile acestora cu acțiunea subiectului. Asociatul ajută subiectul în obținerea obiectului căutării sale, în timp ce opozantul creează obstacole. Subiectul, conștient de lipsa unor resurse, se plasează într-o poziție de dependență în raport cu cel care deține aceste resurse. Asociatul poate fi o ființă umană, un alt actor (un „aliat”), un instrument sau o forță internă a subiectului („voința” acestuia). La fel, opozantul poate fi o persoană, un obstacol material sau o anume slăbiciune a subiectului.

c) *cuplul emițător/destinatar pe axa comunicării*. La fel ca în cazul celorlalte roluri, acestea se definesc unul cu ajutorul celuilalt: emițătorul comunică, transmite ceva destinatarului și acesta din urmă primește acel „ceva”. Ceea ce se transmite poate fi ceva imaterial: o datorie (imperativ moral), cunoștințe, misiuni etc. Ele îi sunt necesare destinatarului, viitor subiect, pentru ducerea la bun sfârșit a „căutării” sale. Destinatarul devine subiect doar în măsura în care ceea ce i se comunică despre obiect îl convinge să acționeze. De aceea am putea spune că rolul de emițător îl precedă pe cel de subiect, deoarece informațiile transmise de primul îl determină pe cel de-al doilea să acționeze.

Având în vedere că fiecare actant poate fi definit și prin calitățile care îi sunt atribuite, modelul expus poate fi reprezentat grafic ca în figura nr. 3 :

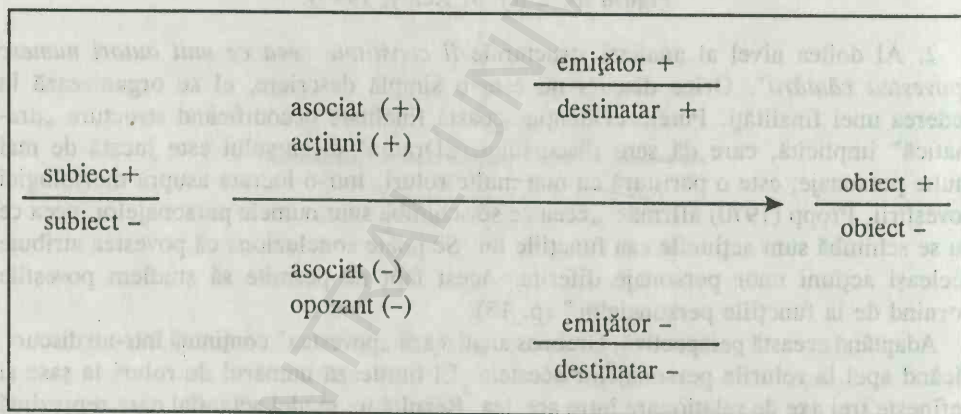


Figura nr. 3 (cf. D. Ruquoy, 1990, p. 106)

Modelele actanțiale care pot rezulta în urma analizei unui text pot să se caracterizeze fie prin absența unuia sau mai multor actanți, fie prin faptul că același actant poate juca mai multe roluri (de pildă, subiectul poate fi și destinatar).

Evident, personajul principal al analizei este subiectul. Deși, în general, subiectul se distinge prin faptul că în jurul lui se organizează jocul complex al asociațiilor și opozițiilor care structurează discursul, el este ales în funcție de obiectivul cercetării.

Identificarea modelului actanțial permite evidențierea structurii implicite a discursului și ne ajută să răspundem la câteva întrebări: Care sunt valorile avute în vedere? Ce acțiuni sunt luate în considerație?

Analiza structurală prezentată abordează textul la două niveluri; primul nivel al decodajului își propune să evidențieze schemele implicite care stau la baza reprezentării,

a imaginii pe care și-o face locutorul despre un eveniment, o situație etc., în timp ce al doilea nivel face din locutor purtătorul unui proiect asupra lumii.

10.3. Etapele unei analize de conținut

Trebuie să precizăm, mai întâi, că în fața unui document (transcrierea unui interviu, răspunsurile unor subiecți la stimuli nonverbal, desene etc.) analistul se poate confrunta cu următoarele situații:

- fie documentul este elaborat într-un context deja studiat - de pildă documentul rezultat în urma aplicării unor teste proiective - și atunci analiza este *dominant deductivă*; în acest caz analistul utilizează metoda de analiză construită în acord cu teoria care a fundamentat testul respectiv, identificând în documentul analizat elementele concrete care pot fi incluse în categoriile grilei de analiză prestabilite;
- fie documentul este original și întrebările la care își propune să răspundă analiza sunt noi, particulare, specifice. În acest caz analiza are un caracter dominant inductiv și solicită în mai mare măsură ingeniozitatea și creativitatea analistului.

Analiza de conținut are mai multe etape: standardizarea documentului, decuparea în unități de analiză și alegerea modelului de analiză, codarea și stabilirea protocolului care va fi supus prelucrării statistice. Tipul de analiză ales poate influența atât existența acestor etape, cât și importanța care li se acordă. Prezentarea unor metode de analiză în paginile anterioare a făcut referire și la procesul pe care îl implică fiecare dintre acestea. Dacă trecem în revistă acum etapele generale ale unei analize de conținut, o facem pentru a evidenția atât imaginea generală a procesului analitic, cât și aspectele comune pe care le au metodele prezentate:

1. *Standardizarea documentului.* Acest proces implică stabilirea unor reguli clare de identificare a documentului ce urmează a fi analizat, a unităților de înregistrare. Dacă, de pildă, documentul este rezultatul unui interviu, atunci se vor indica data, locul, numele persoanei intervievate, numele intervievatorului, vor fi explicitate regulile care au stat la baza transcrierii interviului etc.

Uneori este nevoie să se organizeze documentul în funcție de obiectivele analizei. De exemplu, s-ar putea, organiza informațiile obținute de la mai mulți subiecți intervievați după întrebările care le-au fost puse acestora - toate răspunsurile la o singură întrebare vor constitui o unitate distinctă a documentului. Această organizare poate facilita prelucrările ulterioare, pentru că datele sunt deja grupate pe teme specifice. Rescrierea documentului în propoziții poate fi, și ea, o formă de standardizare. Conținutul acestei etape, la fel ca și al celorlalte, se organizează în funcție de metoda de analiză ce urmează a fi utilizată și de obiectivul final al analizei.

2. *Decuparea documentului în unități de analiză.* În funcție de metoda de analiză ce va fi folosită, unitățile de analiză pot fi cuvintele sau expresiile (analiza lexicală), enunțurile care se raportează la o temă (analiza tematică), propozițiile considerate din punct de vedere logic sau gramatical (analiza propozițională) etc.

3. *Grilele de analiză.* Independent de descriptorii luați în considerație, se pot utiliza două categorii de modele de analiză: analitice și structurale. Am expus deja, în paginile anterioare, un model de analiză de tip structural. Acum vom prezenta câteva considerații

privind modelele analitice. Acestea au la bază o serie de clasificări prin care se identifică un ansamblu de dimensiuni capabile să descrie unitățile de analiză și care alcătuiesc ceea ce se numește, de obicei, grila de analiză. Fără un sistem de clasificare adecvat nu putem lucra cu multitudinea de date pe care ni le furnizează diversele metode calitative (observație, studiu de caz, interviu etc.). „Clasificarea este firul Ariadnei în labirintul naturii” scria George Sand. Fără un astfel de fir, analiza s-ar putea împotmoli în amănunte fără importanță și am ajunge ușor în situația de a nu vedea pădurea din cauza copacilor.

Guba (1978) sugerează câțiva pași care trebuie parcurși pentru convertirea datelor în categorii sistematice de analiză. În primul rând, analistul va trebui să descopere anumite „regularități” în corpul de date pe care le analizează, deoarece acestea îl pot conduce spre stabilirea unor categorii. Apoi, categoriile trebuie supuse unei evaluări care are în vedere două criterii: „omogenitatea internă” și „heterogenitatea externă”. Primul criteriu are în vedere măsura în care datele care aparțin unei categorii „se combină” într-o manieră comprehensivă, în timp ce al doilea criteriu se referă la măsura în care diferențele dintre categorii sunt evidente și clare. Existența unui număr mare de date, care nu pot fi introduse în nici o categorie, sau a unor suprapuneri frecvente între conținuturile unor categorii reprezintă semnul evident al unor greșeli în alcătuirea sistemului de categorii și dimensiuni care alcătuiesc grila de analiză.

Este posibil ca în această etapă a analizei să apară mai multe sisteme de clasificare. În acest caz va fi ales sistemul care dispune de categorii ușor de evidențiat, care poate fi caracterizat prin originalitate, valoare euristică crescută, fezabilitate.

În final, sistemul de categorii ales este considerat bun dacă îndeplinește câteva condiții:

- a) *Verosimilitate internă și externă*; această însușire ar putea fi denumită și „integrabilitate” – capacitatea de a integra într-o manieră verosimilă datele analizate; considerate dintr-o perspectivă internă, categoriile individuale trebuie percepute ca integrând date concordante, iar dintr-o perspectivă externă setul de categorii trebuie perceput ca fiind capabil să integreze, să cuprindă întreaga imagine pe care ne-o propune discursul analizat.
- b) *Capacitate de includere rezonabilă* a datelor și informațiilor existente. Această însușire poate fi parțial testată prin absența datelor care nu pot fi incluse în nici o categorie, dar și prin raportarea la obiectivul cercetării: dacă setul de categorii nu pare a fi capabil, din punct de vedere logic, să acopere toate aspectele problemei studiate, atunci setul este probabil incomplet.
- c) *Reproducibilitatea de către un alt cercetător competent*. Acesta ar trebui să poată să verifice dacă respectivele categorii incluse în sistem sunt în acord cu datele care urmează a fi analizate și dacă datele au fost incluse în diverse categorii, într-o manieră adecvată sau nu.
- d) *Simplitatea*. Numărul de categorii nu trebuie să fie prea mare, pentru ca procesul analizei să se desfășoare ușor.

4. *Codificarea și stabilirea protocolului*. Prin codificare înțelegem operația prin care analistul atribuie fiecărei unități de analiză codul categoriei în care aceasta este repartizată.

Pentru a verifica fidelitatea grilelor de analiză se poate proceda la un codaj dublu: fie același analist realizează două codificări succesive ale aceluiași document, fie acestea sunt realizate de două persoane diferite. În funcție de situație, se pot calcula coeficienți de fidelitate „intra-codor” sau „inter-codor”:

Calculul coeficientului de fidelitate al codificărilor:

$$\frac{n \times 2}{i + j}$$

- n = numărul de ori în care codajul este identic
- i = numărul de codificări făcute de primul codificator sau prima dată de același codificator
- j = numărul de codificări făcute de al doilea codificator sau a doua oară de același codificator

După terminarea codificării se poate trece la construirea protocolului, care poate avea următoarea formă generală:

Unități	Dimensiunea A					Dimensiunea B			
	A_1	A_2	A_3	A_4	A_5	B_1	B_2	B_3	B_4
1									
2									
n									

Forma de protocol prezentată are o grilă de analiză alcătuită din două dimensiuni (A, B), fiecare dintre acestea având 5, respectiv 4 categorii. În procesul de completare a protocolului se notează cu 1 sau 0 prezența sau absența codului pentru unitățile analizate, prin marcarea acestora la intersecția liniilor (reprezentând unitățile analizate) și coloanelor (reprezentând categoriile).

5. *Tratatamentul statistic al datelor și interpretarea.* După construirea protocolului, datele pot fi prelucrate utilizând instrumentele statistice descriptive și inferențiale. Ipotezele cercetării sunt cele care ne vor orienta spre instrumentele statistice corespunzătoare.

Analiza și interpretarea calitativă își propune să acceadă la mecanismele psihologice și psihosociale profunde care stau la baza faptelor descrise într-o manieră sistematică.

Deseori, interpretarea face apel la analize care au la bază considerarea simultană, încrucișată a două sau mai multor dimensiuni.

Ilustrăm acest procedeu cu tipologia empirică a profesorilor, rezultată prin considerarea simultană a două dimensiuni: comportamentul profesorilor în raport cu insuccesele școlare (absenteism, repetenție etc.) și opiniile profesorilor despre strategia de intervenție în această problemă (Patton, 1990, p. 413). (Vezi figura nr. 4.)

Comportamente față de insuccese

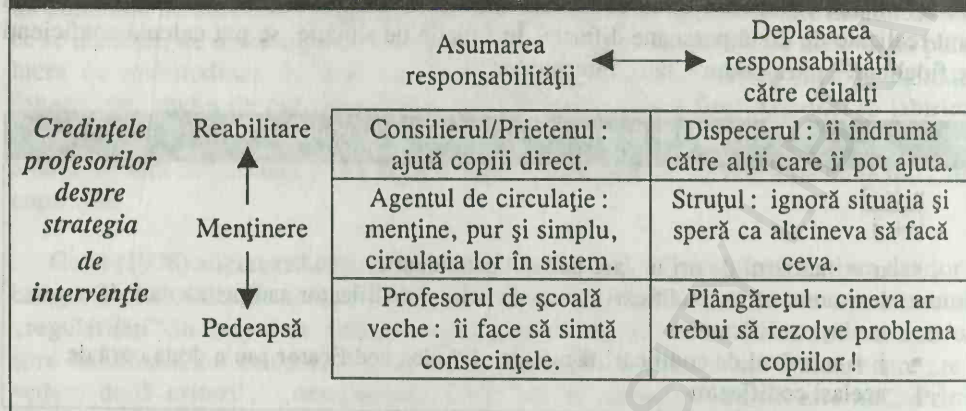


Figura nr. 4 – Comportamente față de insuccese (cf. Patton, 1990, p. 413).

Observați metaforele utilizate pentru denumirea fiecărui tip de profesor rezultat din combinarea celor două dimensiuni! Metaforele propun o grilă de lectură a realității, care evidențiază adevăruri profunde într-o manieră intuitivă. De aceea, folosirea unor metafore sugestive în analizele calitative devine un bun mijloc de comunicare a rezultatelor (dacă se evită „reificarea” acestora, confundarea „hărții” cu realitatea).

După ce datele au fost organizate și descrise într-o manieră sistematică, se poate trece la realizarea unor considerații privind cauzele, consecințele, relațiile care pot conduce la realizarea unei imagini comprehensive a fenomenului studiat.

Interpretarea, prin definiție, implică depășirea descrierii; ea presupune atribuirea unor semnificații datelor obținute, oferirea de explicații, realizarea unor extrapolări, inferențe, concluzii, luarea în considerație a unor explicații concurente a datelor etc.

Schlechty și Noblit (1982) consideră că o interpretare poate lua următoarele trei forme :

- a) confirmă ceea ce este evident ;
- b) pune sub semnul îndoielii ceea ce este evident ;
- c) face evident și clar ceea ce este ascuns.

Afirmarea unor relații cauzale în urma unui demers calitativ trebuie realizată cu mare prudență. Este important ca analistul să fie conștient că relațiile cauzale, care par să explice un fenomen, nu sunt – în această etapă a cercetării – decât speculații, interpretări, ipoteze care se cer confirmate prin cercetări și analize ulterioare.

Una dintre cele mai mari capcane în care pot cădea cercetătorii care realizează analize calitative, atunci când fac inferențe despre relații, cauze, consecințe, este aceea de a lua ca bază pentru acestea afirmațiile liniare ale analizei cantitative și de a începe cu decuparea unor variabile izolate, relaționate apoi unele cu altele în afara contextului în care acestea se manifestă.

Este foarte important să înțelegem că interpretarea calitativă nu produce cunoștințe în același mod ca explicația cantitativă. Analiza și interpretarea calitativă pun accentul mai degrabă pe *insight*, înțelegere și extrapolare decât pe determinări cauzale, predicții și generalizări.

Datele obținute în urma analizei de conținut pot fi interpretate atât cantitativ, cât și calitativ, în funcție de forma finală în care acestea sunt prezentate și de obiectivul analizei. Dacă am insistat asupra analizei calitative, am făcut-o doar pentru că – din nefericire – mai persistă credința că doar afirmațiile susținute de argumente statistice puternice au un caracter științific indubitabil.

Pentru a ilustra diferențele dintre analiza liniară (cauză – efect) de tip cantitativ și analiza holistică specifică abordării calitative, precum și complementaritatea acestora, Patton (1990) propune analiza, din ambele perspective, a unei întâmplări dintr-o poveste sufită. Vă invit deci alături de M. Patton ca, mai întâi, să izolați variabilele specifice importante pentru acțiunea poveștii. Apoi, după ce decideți care sunt variabilele dependente și independente, să scrieți o propoziție cu forma: „Aceste lucruri determină cutare lucru”.

Pentru a realiza analiza calitativă, citiți din nou povestea și încercați să distingeți diversele înțelesuri ale situației exprimate de personajele poveștii; apoi scrieți o propoziție cu forma: „Aceste lucruri împreună cu acestea se combină pentru a crea...”. Nu încercați să stabiliți care este cea mai bună abordare! Pur și simplu încercați să înțelegeți fiecare dintre aceste două abordări.

„Într-o seară, mergând pe un drum pustiu, Mulla Nasrudin a văzut un grup de călăreți venind spre el. Imaginația lui a început să lucreze; se imagina capturat și vândut ca sclav sau jefuit de călăreți ori înrolat cu forța în armată. Făcându-și atâtea griji, Nasrudin a luat-o la fugă, a sărit zidul unui cimitir și s-a întins în groapa unui mormânt deschis.

Uimiți de acest comportament ciudat, călăreții – călători cinstiți – l-au urmărit pe Nasrudin pentru a vedea dacă nu cumva are nevoie de ajutor. L-au găsit întins în groapă, încordat și tremurând.

– Ce faci în această groapă? Te-am văzut alergând într-o stare de mare teamă. Putem să te ajutăm?

Văzând oamenii foarte aproape de el, Nasrudin și-a dat seama că aceștia sunt călători cinstiți și că erau într-adevăr interesați de binele lui. Dar nu voia să-i ofenseze sau să-i supere povestindu-le ce anume și-a imaginat el despre ei. De aceea, Nasrudin a sărit, pur și simplu, din groapă și le-a spus: „Mă întrebați ce fac eu aici în această groapă. Dacă vreți să știți, eu vă spun doar atât: Eu sunt aici din cauza voastră și voi sunteți aici din cauza mea”.

(Adaptare după M. Patton, 1990, p. 425)

11. Tipuri de interviu

Obiectivele și modul de desfășurare al interviurilor sunt atât de diferite încât orice clasificare a acestora este perfectibilă. Literatura domeniului propune câteva criterii pe care le putem lua în considerație.

Astfel, un prim criteriu de clasificare ar putea fi considerarea *inițiatorului și beneficiarului interacțiunii verbale*, pusă în act de situația de interviu (Ghiglione și Matalon, 1985 ; Jakobi, 1993). Dacă interacțiunea comunicativă are loc la inițiativa psihologului, clinicianului, cercetătorului, atunci rezultatele convorbirii sunt utilizate îndeosebi de aceștia în vederea atingerii unor obiective externe situației de interviu. Interviul ca metodă de cercetare științifică intră în această categorie. În funcție de obiectivele sale, interviul de cercetare științifică se poate situa la următoarele niveluri :

- *controlul* unor informații în vederea validării parțiale a rezultatelor obținute cu ajutorul altor metode (de exemplu – convorbirile post-experimentale care au ca scop verificarea verosimilității situației experimentale) ; în acest caz interviul nu este metoda principală ;
- *verificarea* unui domeniu de cercetare, relativ bine cunoscut, cu scopul de a vedea în ce măsură au intervenit anumite schimbări ;
- *aprofundarea* unui câmp de cercetare care, deși bine cunoscut sub aspectele esențiale, necesită detalierea unor aspecte particulare ;
- *explorarea* unui domeniu necunoscut.

Dacă inițiatorul interviului este altă persoană decât profesionistul care conduce interviul, ne aflăm în prezența unor practici sociale diverse : convorbirea terapeutică, consilierea psihologică, confesiunea, consilierea juridică etc.

Reținem din această categorie *interviul terapeutic* și cel cu *scop diagnostic*. Convorbirea condusă de un terapeut poate avea un dublu scop : culegerea de informații necesare stabilirii strategiei terapeutice ulterioare sau scop terapeutic ; în acest din urmă caz interacțiunea verbală ca atare devine instrument al schimbării terapeutice.

Ca instrument de diagnostic, interviul este utilizat de psihologi și psihiatri alături de alte metode și are caracteristici distincte față de interviul terapeutic. Acestea vor fi detaliate în secțiunea dedicată interviului clinic.

Un criteriu frecvent utilizat în clasificarea interviurilor îl reprezintă gradul de directivitate al situației de interviu. După acest criteriu, deosebim :

- interviul non-directiv (sau liber) ;
- interviul semi-directiv (cu ghid de interviu) ;
- interviul directiv (acest tip este foarte aproape de chestionarul cu întrebări deschise).

Situația de interviu implică diverse atitudini, în funcție de gradul de asimetrie al relației care se stabilește între interviewer și interviuat. Cele șase atitudini de bază care se pot manifesta într-o situație de interviu, descrise de Porter, se situează pe un continuum de la un pol directiv spre unul non-directiv. (Vezi figura nr. 5.)

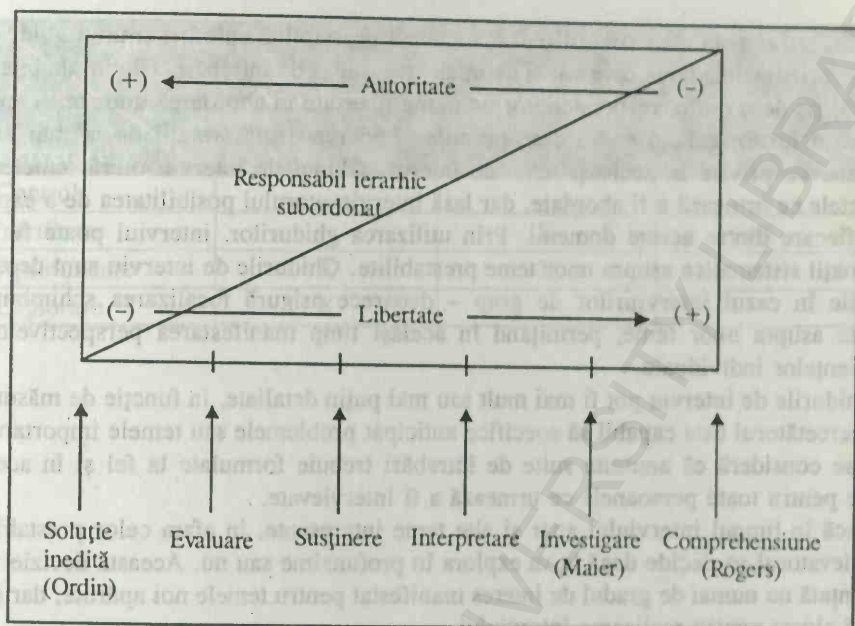


Figura nr. 5 – Atitudinile (după Porter) aplicate situației ierarhice de interviu
(cf. Layole, 1982, p. 69)

Se observă că gradele de libertate în cadrul unei interacțiuni verbale evoluează de la zero (ordin) la maximum, unde relația se transformă în una de tip colaborativ.

a) *Interviul non-directiv*. Acest tip de interviu se caracterizează prin maximum de flexibilitate și ambiguitate. „Noțiunea de ambiguitate este fundamentală în acest tip de interviu, deoarece el permite persoanei interviuate să-și dezvolte propria sa gândire cu privire la o temă generală, fără includerea unui anumit cadru de referință” (Ghiglione și Matalon, 1985, p. 75).

În literatura de specialitate, acest tip de interviu se găsește și sub denumirea de *interviu narativ*. Interviewatorul nu intră în situația de interviu decât cu câteva teme generale, pe care persoana interviuată le va dezvolta conform cadrelor sale de referință interne. Întrebările vor fi stimulate de contextul conversațional și vor avea ca obiectiv principal încurajarea persoanei să dezvolte fără nici o constrângere tema generală propusă. Avantajul principal al acestui tip de interviu este marea sensibilitate la diferențele individuale și schimbările situaționale. Întrebările pot fi individualizate pentru a stimula explorarea în profunzime a credințelor, stărilor afective și pentru a utiliza orice context cu scopul obținerii unor informații cât mai concrete.

Limitele acestui tip de interviu sunt reversul calităților lui: dificultatea de a obține informații sistematice, reproductibile, din moment ce întrebările sunt puternic individualizate; informațiile obținute sunt mai puternic influențate decât în celelalte tipuri de interviu de către personalitatea interviuatorului (capacitatea de relaționare, abilitatea de a formula rapid întrebări adecvate etc.).

b) *Interviul semi-directiv* utilizează o schemă prestabilită sub forma unui ghid, care conține principalele teme care vor fi abordate sau o listă de întrebări. Ghidul de interviu asigură, pe de o parte, respondenților o anumită libertate în abordarea unor teme, pe de altă parte furnizează un cadru care permite obținerea de informații de la mai multe persoane cu privire la aceleași teme de interes. Ghidul de interviu oferă temele sau subiectele ce urmează a fi abordate, dar lasă intervievatorului posibilitatea de a explora liber fiecare dintre aceste domenii. Prin utilizarea ghidurilor, interviul poate furniza informații sistematice asupra unor teme prestabilite. Ghidurile de interviu sunt deosebit de utile în cazul interviurilor de grup – deoarece asigură focalizarea schimburilor verbale asupra unor teme, permițând în același timp manifestarea perspectivelor și experiențelor individuale.

Ghidurile de interviu pot fi mai mult sau mai puțin detaliate, în funcție de măsura în care cercetătorul este capabil să specifice anticipat problemele sau temele importante și dacă se consideră că anumite suite de întrebări trebuie formulate la fel și în aceeași ordine pentru toate persoanele ce urmează a fi intervievate.

Dacă în timpul interviului apar și alte teme interesante, în afara celor prestabilite, intervievatorul va decide dacă le va explora în profunzime sau nu. Această decizie va fi influențată nu numai de gradul de interes manifestat pentru temele noi apărute, dar și de timpul alocat pentru realizarea interviului.

c) *Interviul directiv* cuprinde un ansamblu de întrebări deschise, puse într-o ordine prestabilită tuturor persoanelor intervievate. În general, întrebările solicită răspunsuri scurte și clare; de aceea, un astfel de interviu durează mult mai puțin timp decât celelalte tipuri prezentate. Cercetătorul care utilizează un astfel de interviu trebuie să aibă o imagine clară despre nivelul de informare a persoanelor ce urmează a fi intervievate și despre limbajul accesibil acestora. Se evită astfel un număr prea mare de non-răspunsuri sau solicitările de reformulare a întrebărilor într-un limbaj mai accesibil.

Interviul directiv, standardizat, cu întrebări deschise, minimizează efectul intervievatorului asupra datelor obținute și facilitează analiza acestora.

Limita cea mai importantă a acestei abordări standardizate este aceea că nu permite intervievatorului să abordeze teme sau probleme care nu au fost anticipate în momentul redactării întrebărilor. De asemenea, lipsa flexibilității acestui tip de interviu face imposibilă luarea în considerație și utilizarea diferențelor interindividuale, precum și a experiențelor unice ale unor respondenți în producerea de informații utile cercetării.

Pentru a diminua limitele acestor tipuri de interviu și a valorifica la maximum resursele lor, în practică se utilizează combinații ale acestora. Astfel, este posibil ca un număr de întrebări fundamentale să fie formulate precis și adresate într-o ordine prestabilită, permițând, în același timp, intervievatorului o mai mare flexibilitate în aprofundarea unor domenii sau libertatea de a decide asupra explorării unor teme interesante, apărute în timpul interviului. De asemenea, se poate utiliza o abordare directivă, standardizată în prima parte a interviului, lăsând apoi respondentului posibilitatea de a aborda orice alt subiect care îl interesează în ultima parte a interviului.

Combinând obiectivele interviului de cercetare cu atitudinea adoptată în timpul interviului pe axa directiv – non-directiv, Ghiglione și Matalon (1985) propun următoarea matrice:

Interviu	Non-directiv	Semi-directiv	Directiv
Cercetare			
Control			X
Verificare		X	X
Aprofundare	X	X	
Explorare	X		

Capitolul VI

INTERVIUL CLINIC

1. Introducere	167
2. Interviu clinic psihologic	170
3. Interviu clinic de evaluare	180
4. Modelul psihanalitic al interviului clinic	185
5. Interviu clinic non-directiv (C. Rogers)	189
6. Interviu clinic în terapia cognitiv-comportamentală (TCC)	198
7. Interviu clinic pe obiective și soluții în consiliere și psihoterapie	212

de cunoaștere a faptelor și a circumstanțelor cauzatoare ale faptelor, în funcție de măsura în care cercetătorul are capacitatea de înțelegere a faptelor și a circumstanțelor importante și dacă se consideră că informația este de încredere. În funcție de măsura în care se poate fi de încredere în ceea ce spune naratorul, se poate să se decidă să se acorde credință sau să se acorde o anumită credință. În funcție de măsura în care se poate fi de încredere în ceea ce spune naratorul, se poate să se decidă să se acorde credință sau să se acorde o anumită credință. În funcție de măsura în care se poate fi de încredere în ceea ce spune naratorul, se poate să se decidă să se acorde credință sau să se acorde o anumită credință.

Unul dintre cele mai importante aspecte ale interviului este acela de a fi un proces de cunoaștere a faptelor și a circumstanțelor cauzatoare ale faptelor, în funcție de măsura în care cercetătorul are capacitatea de înțelegere a faptelor și a circumstanțelor importante și dacă se consideră că informația este de încredere. În funcție de măsura în care se poate fi de încredere în ceea ce spune naratorul, se poate să se decidă să se acorde credință sau să se acorde o anumită credință.

În funcție de măsura în care se poate fi de încredere în ceea ce spune naratorul, se poate să se decidă să se acorde credință sau să se acorde o anumită credință. În funcție de măsura în care se poate fi de încredere în ceea ce spune naratorul, se poate să se decidă să se acorde credință sau să se acorde o anumită credință.

a) Interviuul directiv este un tip de interviu în care interviuatorul pune întrebări care au ca scop să obțină informații despre un anumit aspect al faptelor și a circumstanțelor cauzatoare ale faptelor, în funcție de măsura în care cercetătorul are capacitatea de înțelegere a faptelor și a circumstanțelor importante și dacă se consideră că informația este de încredere. În funcție de măsura în care se poate fi de încredere în ceea ce spune naratorul, se poate să se decidă să se acorde credință sau să se acorde o anumită credință.

Interviuul directiv este un tip de interviu în care interviuatorul pune întrebări care au ca scop să obțină informații despre un anumit aspect al faptelor și a circumstanțelor cauzatoare ale faptelor, în funcție de măsura în care cercetătorul are capacitatea de înțelegere a faptelor și a circumstanțelor importante și dacă se consideră că informația este de încredere.

Limita cea mai importantă a acestui tip de interviu este că nu permite interviuatorului să obțină toate informațiile care au fost anticipate în momentul efectuării interviului. De asemenea, este posibil să se obțină informații care nu sunt necesare pentru a se decide asupra faptelor și a circumstanțelor cauzatoare ale faptelor, în funcție de măsura în care cercetătorul are capacitatea de înțelegere a faptelor și a circumstanțelor importante și dacă se consideră că informația este de încredere.

Problema principală la acest tip de interviu este aceea de a se decide asupra faptelor și a circumstanțelor cauzatoare ale faptelor, în funcție de măsura în care cercetătorul are capacitatea de înțelegere a faptelor și a circumstanțelor importante și dacă se consideră că informația este de încredere. În funcție de măsura în care se poate fi de încredere în ceea ce spune naratorul, se poate să se decidă să se acorde credință sau să se acorde o anumită credință.

Unul dintre cele mai importante aspecte ale interviului este acela de a fi un proces de cunoaștere a faptelor și a circumstanțelor cauzatoare ale faptelor, în funcție de măsura în care cercetătorul are capacitatea de înțelegere a faptelor și a circumstanțelor importante și dacă se consideră că informația este de încredere.

1. Introducere

1.1. Definiție. Caracteristici generale

Unu din cele mai utilizate instrumente „clintice” în activitatea psihică este interviul clinic. Acesta este un proces de interacțiune între psiholog și client, în care psihologul folosește o serie de tehnici pentru a obține informații despre client și pentru a-l ajuta să se schimbe și să se dezvolte. Interviul clinic este un proces de învățare și de schimbare, în care psihologul folosește o serie de tehnici pentru a obține informații despre client și pentru a-l ajuta să se schimbe și să se dezvolte.

În domeniul psihologiei, interviul de lucru este un proces de interacțiune între psiholog și client, în care psihologul folosește o serie de tehnici pentru a obține informații despre client și pentru a-l ajuta să se schimbe și să se dezvolte. Acesta este un proces de învățare și de schimbare, în care psihologul folosește o serie de tehnici pentru a obține informații despre client și pentru a-l ajuta să se schimbe și să se dezvolte.

Interviul clinic este un proces de interacțiune între psiholog și client, în care psihologul folosește o serie de tehnici pentru a obține informații despre client și pentru a-l ajuta să se schimbe și să se dezvolte. Acesta este un proces de învățare și de schimbare, în care psihologul folosește o serie de tehnici pentru a obține informații despre client și pentru a-l ajuta să se schimbe și să se dezvolte.

Capitolul VI

INTERVIUL CLINIC

1. Introducere	167
2. Interviul clinic psihiatric	170
3. Interviul clinic de evaluare	180
4. Modelul psihanalitic al interviului clinic	186
5. Interviul clinic non-directiv (C. Rogers)	190
6. Interviul clinic în terapiile cognitiv-comportamentale (TCC)	198
7. Interviul centrat pe obiective și soluții – în consiliere și psihoterapie	212

INTERVIUL CLINIC

1. Introducere	167
2. Interviu clinic psihiatric	170
3. Interviu clinic de evaluare	180
4. Modelul psihanalitic al interviului clinic	186
5. Interviu clinic non-direktiv (C. Rogers)	190
6. Interviu clinic în terapiile cognitive-comportamentale (TCC)	198
7. Interviu centrat pe obiective și soluții - în consiliere și psihoterapie	212

1. Introducere

1.1. Definiție. Caracteristici generale

După cum am mai amintit, termenul „clinic” își are originea în cuvântul grecesc *kline* care înseamnă „pat”. În medicină, examenul clinic vizează demersul de obținere de informații la patul bolnavului; astăzi se folosește și termenul „învățământ clinic” cu referire la procesul de dobândire de cunoștințe în contact direct cu bolnavul, lângă patul acestuia.

În domeniul psihologiei, termenul de *interviu clinic* are un sens oarecum diferit: el vizează dobândirea de informații și înțelegerea funcționării psihologice a unui subiect prin focalizarea asupra trăirilor acestuia și punând accent pe relația stabilită în cadrul situației de interviu.

Interviul clinic este însăși paradigma muncii psihologului clinician. Utilizând interviul, acesta poate obține informații despre problemele și dificultățile subiectului, despre evenimentele trăite, istoria sa, relațiile cu ceilalți, viața sa intimă etc. El este, prin urmare, un instrument care ne permite accesul la subiectivitatea pacientului (clientului) și înțelegerea acestuia în specificitatea sa. Informațiile obținute cu ajutorul interviului clinic nu pot fi înțelese decât prin raportarea la cadrele de referință interne ale subiectului. De pildă, dificultățile unui individ nu dobândesc sens decât dacă sunt resituate în cadrul lor de referință: istoria personală a subiectului, istoria sa familială, maniera în care se relaționează cu ceilalți, personalitatea sa.

Noțiunea de interviu clinic este legată de lucrările lui C. Rogers. Interesat de dinamica personalității și de valorile umane, C. Rogers a fundamentat o serie de noțiuni care astăzi alcătuiesc cadrul desfășurării practice a interviului clinic: „acceptarea celui alt”, „centrarea pe persoană”, „empatie”, „non-directivitate”, „comprehensiune”. Ideea sa generală este că, în domeniul clinic, trebuie să abordăm subiectul fără un *a priori* teoretic: „singur pacientul știe unde și cum suferă”; trebuie deci să avem încredere în el, să-l ascultăm cu atenție, adoptând o atitudine comprehensivă și respectuoasă, care îi va permite să-și dezvolte toate resursele de care dispune.

Desigur, practica interviului clinic a fost influențată și de alte teorii și modele psihologice: psihanaliza, fenomenologia, abordarea sistemică, abordarea psihiatrică etc.

Felul în care se derulează practic un interviu clinic se desfășoară în funcție de mai mulți factori:

- obiectivele interviului: diagnostic, terapie, cercetare etc.;
- modelele teoretice și formarea profesională a clinicianului;
- personalitatea, vârsta subiecților și aspectele particulare ale interacțiunii în cursul interviului;

- cine formulează cererea, cui îi aparține inițiativa interviului : subiectului, familiei, instituției, cercetătorului etc. ;
- momentul și condițiile în care se desfășoară interviul : prima convorbire sau următoarele, mediu spitalicesc sau consultație externă, context de criză sau nu etc.

Lista nu este exhaustivă, interviul poate fi influențat de o multitudine de factori ; de aceea fiecare interviu este unic, la fel cum fiecare individ este unic. Această constatare ne permite să subliniem că desfășurarea unui interviu clinic nu stă sub semnul improvizației și că relația pe care acesta o presupune favorizează un dialog asimetric între un subiect și un *profesionist*, care trebuie să aibă competența de a lua o anumită poziție în acest dialog.

Dincolo de variabilitatea pe care o pot introduce factorii menționați, ceea ce rămâne relativ constant în timpul interviului este cadrul creat de reguli tehnice (*non-directivitate, semi-directivitate*) și de atitudinea (*atitudinea clinică*) adoptată de psihologul clinician.

1.2. Tipuri de interviu

În funcție de regulile tehnice privitoare la comportamentul clinicianului (pe axa non-directiv – directiv), în timpul interviului există mai multe tipuri de interviu clinic.

a) *Interviul non-directiv*. Acesta este un interviu centrat pe persoană în cursul căruia subiectul sau pacientul are libertatea de a vorbi despre problemele, dificultățile sau temele sale de interes. Clinicianul pune din când în când întrebări, circumscrie o anumită temă, apoi lasă subiectul să vorbească. Acesta poate să se abată de la tema propusă, evocând problemele sale de sănătate, amintiri din copilărie, viața sa de familie, problemele profesionale ; clinicianul îl ascultă fără să-l întrerupă, deoarece tocmai aceste asociații libere sunt importante pentru accesul la structura profundă a universului interior al subiectului. El respectă momentele de tăcere, discontinuitățile, asociațiile ; „ceea ce este important este ca subiectul să spună ceea ce are de spus, ceea ce vrea să spună și ce poate să spună” (C. Chiland, 1989).

Adoptând o atitudine respectuoasă, comprehensivă și empatică, clinicianul îi urmărește discursul și-l stimulează să vorbească prin manifestări non-verbale și verbale : mișcări ale capului, aprobări, reformulări. Deși acest feedback este furnizat într-o atmosferă de neutralitate binevoitoare, el influențează pozitiv discursul subiectului, încurajându-l să-și verbalizeze experiențele sale.

Clinicianul va putea să analizeze informațiile obținute în cursul unui astfel de interviu în funcție de *conținutul manifest* (ceea ce spune subiectul), dar și în funcție de *conținutul latent* (reprezentări și semnificații, uneori implicite, asociate discursului). Aceasta presupune ca psihologul să fie atent nu doar la *ce* anume spune subiectul, ci și la *cum* spune și *când* spune ceea ce spune. Dacă mesajul verbal face parte din discursul conștient al subiectului, manifestările paraverbale și non-verbale (tăceri, modificări ale mimicii, manifestări fiziologice, schimbarea temelor etc.) ne informează despre infrastructura inconștientă a acestuia și ne permit să accedem la funcționarea veritabilă a subiectului și la maniera în care el se situează în raport cu discursul lui.

Interviul non-directiv creează cadrul adecvat de manifestare spontană a unor lanțuri asociative, care exprimă subiectul în unicitatea sa și permit clinicianului să verifice ipoteze pertinente în scopul înțelegerii lui. Ceea ce este dominant într-un interviu

decât lipsa intervențiilor verbale din partea clinicianului. De altfel, mulți subiecți ar recepta cu oarecare teamă și disconfort tăcerile prelungite ale clinicianului, interpretate ca lipsă de interes și empatie.

b) Interviu semi-directiv. La fel ca în cazul interviului utilizat în cercetare, acest tip de interviu se desfășoară în baza unui ghid, care cuprinde principalele teme ce vor fi explorate împreună cu subiectul. Întrebările cuprinse în ghid nu vor fi adresate într-o manieră strict ordonată, ci la momentul considerat oportun și doar în cazul în care subiectul nu a atins deja, în mod spontan, tema avută în vedere.

Interviurile cu scop diagnostic și o bună parte dintre interviurile terapeutice au această structură: în cadrul temelor propuse de clinician, subiectul are libertatea de a-și exprima, în felul său, gândurile, stările afective, experiențele.

c) Interviu directiv. Acest tip de interviu este utilizat în domeniul psihologiei clinice pentru completarea informațiilor obținute cu ajutorul altor metode. Caracterul clinic al acestui tip de interviu, în care subiectul răspunde la un set de întrebări strict ordonate, este mai puțin pregnant, din moment ce verbalizarea spontană a experiențelor este redusă la maximum, iar implicarea personală este minimă.

În această categorie putem include interviurile clinice standardizate cu scop diagnostic, utilizate de psihiatri. Acest tip de interviu va fi analizat în detaliu în paginile următoare.

1.3. Atitudinea clinică

Aspectele tehnice ale interviului clinic (non-directivitatea – directivitatea) sunt într-o strânsă relație cu atitudinea clinicianului. Iată câteva dintre elementele acestei atitudini (R. Mucchielli, 1994; Benony & Chahraoui, 1999):

- *Non-directivitatea.* Noțiunea de atitudine clinică este aproape de concepția rogersiană a non-directivității și poate fi definită astfel:

„Non-directivitatea este în primul rând o atitudine față de client. Este o atitudine prin care terapeutul își refuză tendința de a imprima clientului o direcție oarecare, într-un plan anume, își interzice să gândească ceea ce clientul trebuie să gândească, să simtă sau să acționeze într-o manieră determinantă” (M. Pages, 1965).

Se observă că elementul esențial al acestei atitudini este centrarea pe subiect; aplicată la relația de ajutor, această atitudine implică încrederea în capacitatea pacientului de autodeterminare, în resursele sale personale.

- *Individualizarea relației.* Personalizarea relației, a ajutorului este o necesitate și un drept al clientului. Oamenii nu admit ușor să fie „cazuri”, etichete, diagnostice, categorii.

- *Libera exprimare a sentimentelor clientului.* Preocuparea majoră a clinicianului nu trebuie să fie problema clientului, ci relația clientului cu problema sa, adică semnificațiile pe care i le atribuie acestea.

- *Angajarea personală autentică fără implicare afectivă.* Este vorba despre ceea ce în unele lucrări se numește „implicare personală controlată” și ceea ce rogersienii numesc autenticitate și empatie. Este indispensabil ca intervievatorul să păstreze

numesc autenticitate și empatie. Este indispensabil ca intervievatorul să păstreze o capacitate de obiectivitate superioară celei a clientului său, adică un control de sine și o independență permanentă în situația de interviu.

- *Neutralitate binevoitoare.* Clinicianul nu trebuie să formuleze judecăți de valoare, critici sau dezaprobări cu privire la client. În același timp, neutralitatea nu trebuie confundată cu răceala sau cu luarea unei anumite distanțe față de client; dimpotrivă, neutralitatea se asociază cu bunăvoința și cu transmiterea către client a unui semnal de încredere în capacitatea lui de a se exprima liber.

- *Acceptarea clientului în realitatea și demnitatea sa.* Acceptarea clientului nu înseamnă aprobarea atitudinilor sale, a reacțiilor și a modului său de a trăi. Obiectul acceptării nu este Binele sau Răul clientului, ci realitatea sa. Fiecare are nevoie – spune C. Rogers – de o imagine pozitivă în tranzacțiile cu ceilalți. Acceptarea unei persoane ca fiindă rațională și demnă de respect este o condiție ca persoana însăși să se accepte pe sine.

- *Autodeterminarea clientului.* Acest principiu este expresia recunoașterii dreptului clientului de a lua liber propriile decizii. Acest drept îl obligă pe clinician să stimuleze și să activeze potențialul de autoreglare al clientului, ajutându-l să identifice și să utilizeze mai bine resursele personalității sale, datorită recăștigării încrederii în sine.

- *Secretul profesional.* Secretul profesional se referă la păstrarea de către clinician doar pentru sine a informațiilor confidențiale pe care clientul i le-a transmis în cursul relației profesionale. Când clientul solicită ajutorul sau serviciile clinicianului, el știe că va trebui să-i dezvăluie fapte personale, sentimente intime etc. El comunică toate acestea cu speranța că astfel clinicianul va putea să-l ajute. De aceea el trebuie asigurat de păstrarea secretului.

2. Interviu clinic psihiatric

2.1. Structura și obiectivele interviului psihiatric

Deși ambele sunt necesare și complementare, interviul clinic utilizat în psihiatrie și cel utilizat în psihologie dobândesc caracteristici specifice în funcție de obiectivele urmărite și de teoriile care le fundamentează.

Psihiatrul își fundamentează demersul pe elemente clinice aparente pentru stabilirea unui diagnostic, pe care îl raportează apoi la un sistem nosografic; psihologul își propune să înțeleagă funcționarea psihologică a unui individ, raportând condițiile acestuia la un anumit context (istoria familială și personală a subiectului, însușiri de personalitate, relațiile cu cei din jur etc.). În acest ultim caz, sistemul de referință nu mai este alcătuit dintr-un sistem de categorii exterioare individului – ca în cazul diagnosticului psihiatric –, ci este reprezentat de individul însuși. În timp ce psihologul pune accent mai degrabă pe diferențele interindividuale, pe descrierea și înțelegerea individului în unicitatea sa, psihiatrul își propune să introducă mai mulți indivizi în aceleași cadre nosografice pe baza similarităților dintre aceștia.

În al doilea rând, psihiatrul își înscrie interviul clinic într-un demers terapeutic, chiar faza diagnostică a interviului justificându-și existența prin obiectivul terapeutic final; demersul clinic al psihologului nu este terapeutic în sensul medical al termenului, el având înaintea de toate valoare de ajutor, consiliere și intervenție psihologică cu valențe implicite în domeniul schimbării psihologice a persoanei suferinde.

Interviul psihiatric este astăzi foarte impregnat de tradiția medicală, fapt care influențează structura și obiectivele acestuia, precum și condiția celor doi actori sociali – psihiatru, pacient – care interacționează.

Obiectivele interviului psihiatric sunt:

- identificarea tulburărilor psihopatologice – faza diagnostică;
- stabilirea conduitei ulterioare – faza terapeutică.

Profesioniștii din domeniul bolilor mintale utilizează în principal două stiluri în realizarea unui interviu: unul de inspirație *psihodinamică*, orientat spre clarificare și înțelegere („*insight oriented*”) și altul *orientat spre simptom* (descriptiv) (Othmer & Othmer, 1994). Abordarea centrată pe simptom utilizează diverse cadre de clasificare și descriere a tulburărilor psihice (ultimul dintre acestea fiind DSM-IV). Ambele au avantaje și limite și pot fi utilizate pentru obținerea de informații aflate la diverse niveluri; combinarea lor se poate dovedi utilă nu numai pentru realizarea unui diagnostic valid, ci și pentru identificarea mai multor alternative terapeutice.

Interviul de inspirație psihodinamică are la bază concepția lui S. Freud referitoare la conflictele profunde, deseori cu originea în prima copilărie, care dobândesc un caracter patogen și interferă cu acțiunile pacientului, introduc distorsiuni în percepțiile acestuia și conduc la apariția unor simptome, comportamente neadaptative și suferință. În cursul interviului, clinicianul își propune să descopere astfel de conflicte, să-l provoace pe pacient la conștientizarea lor, cu speranța rezolvării, a depotențializării de energie afectivă negativă asociată lor. Conștientizarea acestor conflicte este un travaliu dificil, deoarece pacientul se protejează prin utilizarea unor mecanisme de apărare inconștiente.

Metodele utilizate de practicienii acestui tip de interviu sunt deja clasice în domeniu: interpretarea „materialului psihologic” produs de pacient prin asociație liberă, interpretarea viselor, detectarea trăirilor anxioase, confruntarea pacientului cu comportamentul interpersonal, manifestat de acesta în relația cu terapeutul sau cu alte persoane semnificative, identificarea defenselor și analiza rezistenței manifestate în discuția conflictelor sale etc. Un astfel de interviu are un scop dublu: diagnostic și terapeutic.

Interviul clinic centrat pe simptom poate fi realizat într-o manieră mai mult sau mai puțin structurată.

Mulți clinicieni, influențați de ideile psihanalitice, preferă tehnici indirecte de realizare a interviului și un schimb liber cu pacienții. În general, un astfel de *interviu nestructurat* permite clinicianului o mare libertate în formularea întrebărilor, în introducerea unor noi teme de discuții, iar pacientului – o prezentare spontană a ideilor, gândurilor, afectelor, care poate furniza o imagine mai validă a dinamicii interne a subiectivității acestuia decât cea oferită de o abordare directivă. Practicarea unui interviu nestructurat sau slab structurat necesită din partea clinicianului o bună experiență clinică, deprinderi adecvate și o formare pe măsură în acest domeniu. Probabil că de aceea majoritatea clinicienilor preferă să utilizeze un *interviu semistandardizat*. Obiectivul

general este acela de a obține o descriere amănunțită a problemelor pacientului, necesară fundamentării diagnosticului și terapiei. De asemenea, clinicianul își propune să înțeleagă principalele caracteristici ale personalității pacientului (atât părțile puternice, cât și aspectele vulnerabile), să obțină o imagine clară a relațiilor acestuia cu persoanele apropiate, atât în trecut, cât și în prezent, precum și o perspectivă comprehensivă a evoluției sale din copilărie până în prezent.

În mod frecvent, ghidul de interviu utilizat într-un interviu clinic semistrukturat conține următoarele teme (Wiens, 1990 ; Kaplan și Sadock, 1994):

1. *Date de identificare* : nume, prenume, sex, vârstă, adresă, loc de muncă, profesie, status marital, internări în spital sau consultații clinice anterioare.

2. *Motivul internării* : problema care a determinat prezentarea la camera de gardă a spitalului sau solicitarea consultației. Pentru a se evita interferența informațiilor pacientului cu interpretările clinicianului, se recomandă ca toate acuzele să fie notate utilizând cuvintele pacientului. Aceste informații pot fi completate cu cele furnizate de persoanele care însoțesc pacientul.

3. *Istoria bolii actuale*. Această parte a interviului furnizează clinicianului o imagine cronologică a evenimentelor care au condus la solicitarea ajutorului. Se notează :

- factorii precipitanți care au condus la evenimentul actual ;
- împrejurările în care au început simptomele, durata și intensitatea acestora ;
- simptomele cu efectele invalidante cele mai grave ;
- cum a afectat boala viața socială, profesională, familială a bolnavului ;
- câștiguri secundare ale bolii ;
- atitudinea bolnavului față de boala sa ; nivelul anxietății și felul în care acesta și-o controlează etc.

4. *Boli anterioare*. Această secțiune a interviului își propune să producă informații referitoare la problemele psihiatrice și somatice anterioare. Sunt explorate și înregistrate într-o manieră cronologică : simptomele pacientului, gravitatea incapacității provocate de acestea, tratamentul urmat, numele spitalelor unde a fost internat, durata fiecărei boli, efecte ale tratamentelor anterioare, gradul de conformare la tratament. Deosebit de utile sunt informațiile referitoare la eventuale traumatisme cranio-cerebrale, consumul de droguri și alcool.

5. *Anamneza* (istoria personală). Aceasta este centrată pe etapele majore ale dezvoltării : perioada pre- și perinatală, copilăria, adolescența, perioada adultă. Se notează aspectele emoțional-afective dominante (conflicte, factori de stres, suferințe etc.) și problemele specifice fiecărei vârste. Dintre acestea, menționăm :

- informații despre părinți și alți membri apropiați ai familiei ;
- antecedente heredocolaterale de ordin somatic și psihopatologic ;
- experiențe și evenimente deosebite referitoare la dezvoltarea infantilă ;
- sexualitatea ;
- evoluția școlară și profesională ;
- experiențe sociale, maritale, militare și legale importante etc.

6. Examinarea statusului mental

- descriere generală: impresia generală, comportament și activități psiho-motorii, atitudine față de examinator;
- dispoziție, stări afective și gradul de adecvare a acestora la situație;
- vorbire;
- tulburări perceptive;
- gândire – procese, forme, conținuturi;
- procese senzoriale și cognitive: ritmul și nivelul conștiinței, orientare spațio-temporală, memorie, concentrare, gândire abstractă, nivel informațional și inteligență;
- capacitatea de autocontrol;
- coerență, claritate, spirit critic.

Aceste teme pot fi abordate într-o manieră flexibilă, în funcție de desfășurarea practică a interacțiunii verbale, respectând totuși o anumită logică a raționamentului diagnostic. Ghidul prezentat este utilizat de clinician, inclusiv pentru redactarea raportului referitor la pacientul examinat. Acest raport este completat cu următoarele rubrici: diagnostic, prognostic, recomandări terapeutice.

Tehnicile de evaluare comportamentală dezvoltate o dată cu expansiunea psihoterapiilor comportamentiste au influențat și structura interviurilor clinice de tip psihiatric. Din această perspectivă, interviul clinic poate aborda următoarele teme:

- analiza situației problemă (inclusiv excese comportamentale, aspecte pozitive și negative);
- clarificarea situației problemă care menține comportamentul vizat de evaluarea clinică;
- analiza motivațională;
- analiza dezvoltării (care va include aspecte biologice, sociale, comportamentale etc.);
- analiza capacității de autocontrol;
- analiza relațiilor sociale;
- analiza mediului socio-cultural și fizic.

Interviul clinic centrat pe simptom are la bază ideea că tulburările psihiatrice se exprimă printr-un set caracteristic de semne, simptome și comportamente. Deoarece factorii etiologici (de natură biologică și psihologică) implicați în aceste tulburări sunt încă insuficient cunoscuți, diagnosticul psihiatric este unul dominant descriptiv, iar această descriere are la bază mai degrabă anumite criterii clinice de clasificare, decât o presupusă patologie profundă (deși înșiși termenii de semn și simptom implică ideea că ceea ce observăm direct este expresia unor modificări profunde).

Dezvoltarea deosebită a mijloacelor de tratament în domeniul tulburărilor psihice, cu efecte selective asupra acestora, a stimulat punerea la punct a unor criterii de diagnostic cu o capacitate discriminativă din ce în ce mai mare. Dacă cu câteva decenii în urmă, când chimioterapia tulburărilor psihice conținea un număr relativ redus de substanțe psihotrope, administrate unor grupuri largi de bolnavi, diagnosticul psihiatric își putea permite formulări generale, astăzi tehnicile de diagnostic trebuie să țină pasul cu progresele psiho-farmacologiei și să conducă la formulări capabile să surprindă mai bine diferențele interindividuale în domeniul manifestărilor psihopatologice.

Pe scurt, interviurile centrate pe clarificare și *insight* (de inspirație psihodinamică) și cele centrate pe simptom au obiective diferite; primul tip propune o abordare interpretativă și *explică* semnele, simptomele și comportamentele, în timp ce al doilea tip are la bază o abordare descriptivă și *clasifică* semnele și simptomele într-o anumite categorie.

Un clinician poate utiliza ambele tipuri de interviu încorporate într-o abordare secvențială. Dacă pornește de la ideea că pacientul are tulburări psihiatrice majore, dar și tulburări de personalitate și conflicte inconștiente, atunci el poate, într-o primă fază, să diagnosticheze tulburările psihiatrice majore și de personalitate, în conformitate cu criteriile DSM-IV. Dacă după tratament conflictele interpersonale persistă, el poate trece la realizarea unui interviu centrat pe *insight* și clarificare, completând prima fază cu o a doua.

2.2. DSM-IV – ghid pentru interviul clinic psihiatric

Interviul semistrukturat centrat pe simptom este compatibil cu abordarea de tip descriptiv și ateoretic propusă de DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Clinicianul organizează informațiile obținute de la pacienți în semne și simptome – elemente ale diagnosticului descriptiv (DSM-IV, Axa I și Axa II). El include o evaluare a capacității de adaptare și control a pacientului, modalitatea personală de a face față bolii, o evaluare a aspectelor medicale, a problemelor psihosociale și de mediu ale acestuia.

Manifestările aceleiași tulburări variază de la pacient la pacient, ca și mecanismele de apărare și răspunsurile la tratament. Mai mult, comorbiditatea unor tulburări clinice și de personalitate, precum și impactul stării medicale generale, al factorilor de stres din viața cotidiană și al conflictelor interpersonale complică procesul adaptării psihosociale și face problematică realizarea unui prognostic. Admițând existența acestor factori, psihiatrii care practică un interviu centrat pe simptom iau în considerație retardarea mentală și tulburările de personalitate (Axa II), aspectele medicale generale (Axa III), problemele psihosociale și de mediu (Axa IV), evaluarea globală a funcționării pacientului (Axa V) și intervenția mecanismelor de apărare psihologică (Axa VI).

Într-o lucrare recentă, Othmer & Othmer (1994) fac o prezentare amplă a interviului clinic, punând accent pe tehnicile de evaluare care pot produce informații relevante în raport cu sistemul de clasificare propus de DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*). Autorii menționați consideră că interviul clinic are patru componente principale:

a) *Raportul*. Raportul se referă la felul în care pacientul și clinicianul interacționează. Procesele psihologice și comportamentele implicate de interacțiunea actorilor sociali în situația de interviu au fost deja menționate într-un paragraf anterior. Acum subliniem doar faptul că ambele tipuri de interviu clinic (centrat pe clarificare/*insight* și centrat pe simptom) acordă o importanță deosebită stabilirii, monitorizării și menținerii raportului. Interviul centrat pe *insight* conceptualizează raportul în termenii transferului/contratransferului și pune accent pe identificarea repetării unor patternuri relaționale infantile în situația de interviu, în timp ce interviul descriptiv, centrat pe diagnostic, descrie raportul ca interacțiunea dintre pacient și clinician care „progresează de la înțelegere spre adevăr” (Othmer & Othmer, 1994). Pentru o bună monitorizare a raportului cu pacienții, Othmer & Othmer propun o listă de control utilă mai ales pentru clinicienii

debutanți. Prezentăm câțiva dintre itemii acestei liste de control care are în total 31 de întrebări (Othmer & Othmer, 1994, p. 42):

„Am înțeles suferința pacientului ? ”

„Am manifestat empatie pentru suferința lui ? ”

„I-am comunicat pacientului un obiectiv clar al tratamentului ? ”

„Întrebările mele l-au convins că simptomele tulburării sale îmi sunt familiare ? ”

„Pacientul mi-a recunoscut competența ? ”

„Am înțeles atitudinea pacientului față de boala sa ? ”

b) *Tehnica*. Această componentă se referă la metodele utilizate de clinicieni pentru stabilirea raportului și obținerea de informații. Tehnicile se situează pe un continuum care evoluează de la întrebările deschise la confruntare, de la interpretare la interogare. Ambele tipuri de interviuri (centrat pe *insight*/centrat pe simptom) acordă o importanță deosebită tehnicilor, dar utilizează abordări diferite. Interviuul centrat pe *insight* utilizează tehnici capabile să conducă la conștientizarea conflictelor inconștiente, precum asociația liberă, confruntarea și interpretarea, în timp ce interviul descriptiv pune accent pe tehnici orientate spre evaluarea simptomelor, semnelor, comportamentelor și disfuncțiilor psihologice.

Un bun clinician poate începe abordarea unei teme cu întrebări deschise, largi; devine apoi din ce în ce mai focalizat asupra unor aspecte și sfârșește abordarea temei respective prin întrebări din ce în ce mai detaliate, mai specifice. Conducerea unui interviu eficient cu un pacient psihiatric este mai dificilă decât cu orice altă persoană, deoarece abilitățile lui de relaționare și de formulare a răspunsurilor pot fi afectate.

De obicei, pacienții comunică problemele lor în una dintre următoarele modalități :

- spunând tot ce au pe suflet, uneori cu un debit verbal greu de întrerupt (plângeri, acuze);
- evidențind anumite probleme, dar trecând sub tăcere, ascunzând unele aspecte neplăcute, jenante (rezistență);
- prezentând o imagine confuză a problemelor lor (expresie a mecanismelor de apărare).

În fiecare dintre aceste trei situații clinicianul trebuie să utilizeze tehnici adecvate.

Când pacientul comunică sub forma plângerilor și acuzelor, intervievatorul nu face altceva decât să ajute pacientul să-și descrie problemele cât mai detaliat posibil. Pentru aceasta, el utilizează tehnici precum: formularea de întrebări deschise, tehnici de clarificare, aprofundare și urmărire.

Interviuul este mai dificil cu pacienții rezistenți. Cele mai utilizate tehnici cu pacienții rezistenți sunt acceptarea, confruntarea, abordarea indirectă etc. Clinicianul trebuie să aibă abilitatea de a comunica pacientului atât deschiderea și înțelegerea sa în raport cu rezistențele și reținerile acestuia de a aborda anumite probleme, cât și priceperea de a-l convinge de utilitatea – din perspectiva diagnosticului și tratamentului – de a depăși aceste rezistențe.

c) *Statusul mental*. Această componentă a interviului clinic se referă la starea generală psihică, mentală pe durata interviului. Este pacientul clar sau confuz în răspunsurile

sale, își amintește ușor sau cu dificultate informațiile care i se cer, exteriorizează o stare de confort sau de iritare, de deschidere sau de suspiciune, este bine ancorat în realitate sau verbalizează idei bizare? Interviuul descriptiv ghidat de DSM-IV vizează mai multe dimensiuni, între care menționăm: comportamentul psihomotor, vorbirea și gândirea, starea afectivă, conținutul gândirii, memoria, orientarea, *insight*-ul, în timp ce interviul centrat pe *insight* își propune să treacă dincolo de tulburările funcționale și să identifice mecanismele de apărare și conflictele care le determină. Statusul mental este evaluat atât cu ajutorul observației, cât și prin utilizarea tehnicilor specifice interviului.

Exemplificăm ghidul de interviu propus de Othmer & Othmer, prezentând itemii care trebuie avuți în vedere de către clinician pentru evaluarea memoriei pacientului în timpul interviului:

„Pacientul furnizează următoarele dovezi ale memoriei pe termen scurt, mediu și lung:

- 1 = repetă numele dumneavoastră (sau gri, atenție, floare, dreptate);
- 2 = reamintire imediată a numelui dumneavoastră (sau a celor patru cuvinte);
- 3 = își reamintește, pe parcursul interviului, numele dumneavoastră (sau cele patru cuvinte);
- 4 = își amintește evenimentele din ultimele 24 ore;
- 5 = discută despre evenimente îndepărtate verificabile”. (op. cit. p. 154)

d) *Formularea diagnosticului*. Cu cât clinicianul află mai multe despre punctele puternice și slabe ale pacientului, despre suferința lui, cu atât va fi mai capabil să formuleze un diagnostic clar și corect. Ambele tipuri de interviu urmăresc realizarea unui diagnostic, dar urmează rute diferite. Interviul centrat pe *insight* identifică conflicte și structuri comportamentale stimulate inconștient, cu scopul realizării unei formulări psihodinamice, în timp ce interviul centrat pe simptom își propune să colecteze un set de simptome și semne, care să poată fi raportate la criteriile de diagnostic propuse de DSM-IV.

2.3. Limitele diagnosticului psihiatric

Obiectivul interviului clinic psihiatric este, după cum am subliniat deja, formularea unui diagnostic și a unui plan terapeutic. Din această perspectivă ne punem întrebarea firească, referitoare la validitatea și fidelitatea diagnosticului psihiatric obținut cu ajutorul interviului clinic.

Un diagnostic este valid când se achită de scopul care a determinat realizarea lui, respectiv determinarea tipului de intervenție terapeutică adecvat pacientului diagnosticat (Goldemberg, 1997). Cel mai important instrument în procesul stabilirii diagnosticului este clinicianul însuși. Acest „instrument” are, incontestabil, resurse deosebite, dar și o serie de limite. Un experiment interesant realizat de Temerlin (1968) evidențiază cât de ușor diagnosticul psihiatric poate fi influențat de sugestia venită din partea unei alte persoane cu prestigiu (profesionist în domeniu). Un interviu înregistrat cu un actor a fost astfel realizat încât să prezinte imaginea unei persoane normale, fericite și care nu a trăit nici cea mai mică tulburare ocazională (de pildă, neînțelegeri cu soția). Înaintea prezentării interviului înregistrat audio, grupului de psihiatri, psihologi clinicieni și studenți – cărora li s-a spus că ulterior trebuie să formuleze un diagnostic independent – li s-a comunicat de către un profesionist de prestigiu (care de fapt era complicele

experimentatorului) că individul este probabil psihotic. Această sugestie a avut un efect evident asupra celor trei grupuri: 60% dintre psihiatri l-au apreciat pe pacient ca psihotic, dintre psihologi doar 28% au pus același diagnostic, în timp ce studenții s-au dovedit cei mai puțin sensibili la sugestie – 11% dintre ei au diagnosticat pacientul ca având psihoză (Goldemberg, 1977).

Validitatea diagnosticului psihiatric este pusă sub semnul întrebării și de studiul lui D. Rosenhan – *A fi sănătos într-o lume bolnavă* (*Être sain dans un environnement malade*, 1973/1988). În cadrul acestui studiu, participanții, persoane sănătoase, s-au prezentat la camerele de gardă ale mai multor spitale de psihiatrie, acuzând că aud din când în când o voce, nu totdeauna foarte clară, care spune „Viața mea este goală și inutilă”. În ciuda manifestării doar a acestui simptom unic, unsprezece dintre „pacienți” au fost internați cu diagnosticul de schizofrenie, iar unul, deși acuza același simptom, a fost internat cu diagnosticul de psihoză maniaco-depresivă. Utilizarea acestui ultim diagnostic, care se referă la o psihoză cu un prognostic mai favorabil decât schizofrenia, este pusă de D. Rosenhan pe seama faptului că spitalul unde a fost admis „bolnavul” respectiv era singurul spital privat din lista de spitale vizate de experiment și pe seama influenței pe care o exercită apartenența la o clasă socială asupra diagnosticului psihiatric (Rosenhan, 1988, p. 137).

În ceea ce privește factorii care conduc la o fidelitate scăzută a diagnosticului psihiatric, menționăm constatările a două studii semnificative pentru acest domeniu.

Într-un studiu din 1962, C.H. Word și colaboratorii menționau următorii factori responsabili de dezacordurile dintre diagnosticile psihiatrice (cf. Goldemberg, 1977):

1. Inconsecvența din partea pacientului (5% dintre dezacorduri):

- pacientul oferă spontan material diferit fiecărui clinician (2,5%);
- pacientul se schimbă ca urmare a primului interviu (2,5%).

2. Inconsecvența din partea diagnosticianului (32,5% dintre dezacorduri):

- diferențele în tehnicile de interviu conduc la culegerea unor informații diferite (5%);
- acordarea unei ponderi diferite simptomelor constatate în momentele formulării diagnosticului (17%);
- diferențe în interpretarea aceleiași patologii;
- alte tipuri de diferențe între clinicieni.

3. Inadecvările nosologiei (62,5%):

- imposibilitatea unei diferențieri fine; imaginea clinică este ambiguă și nu poate fi clasificată conform necesităților, exigențelor nosologiei (7,5%);
- alegerea forțată a categoriei majore predominante;
- criterii neclare; incertitudinea privind criteriul pentru stabilirea unui diagnostic derivă din insuficienta clarificare din nomenclatura prezentă.

La o distanță mai mare de un deceniu de studiul menționat, Spitzer, Endicott și Robins (1975) identifică cinci factori importanți, responsabili de fidelitatea scăzută a diagnosticului psihiatric:

1. Varianța determinată de subiecți: pacienții oferă informații diferite în momente diferite;
2. Varianța determinată de împrejurările în care are loc evaluarea (de pildă, un bolnav diagnosticat ca fiind maniaco-depresiv va oferi informații diferite în faza depresivă față de cele din faza maniacală);
3. Varianța determinată de sursa de informații (clinicienii pot avea informații din surse multiple – pacient, aparținători etc. – sau informațiile, chiar dacă provin de la aceleași surse, se referă la domenii diferite);
4. Varianța introdusă de observația pacientului (nu toți clinicienii observă aceleași manifestări la același pacient);
5. Varianța introdusă de criteriile de diagnostic utilizate.

În acord cu studiul anterior, Spitzer și colaboratorii consideră că sursa cea mai importantă a fidelității scăzute a diagnosticului psihiatric o constituie varianța determinată de criteriile de diagnostic. De aceea ei s-au implicat în mod deosebit în dezvoltarea criteriilor de diagnostic incluse în DSM-III.

În ceea ce privește reducerea varianței determinate de informațiile utilizate (al doilea factor cu impact important asupra fidelității diagnosticului), Spitzer și colaboratorii au dezvoltat un interviu clinic standardizat, care își propune să diminueze efectul stilului intervievatorului și al gradului de acoperire a domeniilor psiho-comportamentale importante de către interviu asupra informațiilor obținute.

Preocuparea continuă de îmbunătățire a criteriilor de diagnostic s-a concretizat în realizarea de către American Psychiatric Association a unor ediții consecutive ale Manualului Diagnostic și Statistic al Tulburărilor Mentale (DSM). Ultima ediție, din 1994, este cunoscută sub denumirea de DSM-IV.

Obiectivul principal care a stat la baza dezvoltării DSM-IV a fost acela de a furniza o mai puternică bază empirică pentru categoriile diagnostice propuse decât cele existente în edițiile anterioare și de a apropia aceste categorii de cele propuse de International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) (Murphy și Davidshofer, 1994). Deși obiectivele generale ale DSM au fost unanim apreciate, reviziile sale repetate au fost frecvent criticate. În primul rând s-a exprimat o anume rezervă cu privire la *motivele reale* ale „îmbunătățirilor” repetate aduse DSM-ului; se pare că *motivele economice* (veniturile realizate prin vânzarea noilor ediții, politica instituțiilor de asigurare etc.) au fost la fel de importante ca cele științifice atunci când s-a luat decizia editării DSM-III-R și DSM-IV; apoi, a existat o anume presiune de a include categorii diagnostice potențial discutabile (a fost cazul ediției DSM-III-R); în sfârșit, nici o ediție nu a reușit să definească exact la ce anume se referă DSM-ul.

În mod deosebit criticile se referă la faptul că nu există un consens clar cu privire la ce anume se înțelege prin tulburare și boală; astfel, nu există criterii clare pentru a distinge în ce condiții tratamentul cel mai adecvat este de ordin medical, psihiatric sau psihologic sau pentru a diferenția tulburările mentale de o gamă largă de probleme minore de adaptare, care, potențial, pot fi trăite de oricine. În aceeași ordine de idei, Ivey și Ivey (1999) afirmă că DSM-IV nu reușește să ia în considerație aspectele developmentale și sistemice și continuă punctul de vedere tradițional, care localizează problemele doar în interiorul individului. Această perspectivă conduce clinicianul la prescrierea unui tratament rupt de contextul psihosocial în care evoluează pacientul.

Eysenck, Wakefield și Friedman (1983) subliniază faptul că problemele psihologice nu sunt, în general, analoge problemelor medicale (bolilor), deoarece primele sunt, deseori, exemple extreme ale comportamentului manifestat de persoanele „normale” în viața de zi cu zi, în timp ce multe dintre problemele medicale reprezintă categorii distincte care, adesea, pot fi determinate de un singur agent patogen. Atâta timp cât categoriile diagnostice utilizate sunt formulate de psihiatri, tradiția medicală a diagnosticului categorial are mari șanse să continue. Nu este exclus totuși ca în viitor să se adopte o abordare mai degrabă dimensională decât categorială; adică, în loc ca un individ să fie introdus într-o categorie diagnostică distinctă, separată de celelalte, el să fie descris prin intermediul mai multor dimensiuni psihologice semnificative, adecvat măsurate (de pildă – inteligență, extraversiune, nevrozism etc.). Astfel, în loc să spunem că un pacient suferă de o tulburare anume, poate fi mult mai util să descriem funcționarea individului în termenii unui set relevant de dimensiuni cognitive, emoționale și comportamentale.

2.4. Utilizarea computerului în realizarea interviului clinic psihiatric

Pentru eliminarea factorilor care afectează fidelitatea diagnosticului psihiatric, soluția propusă de tot mai mulți clinicieni și cercetători a fost realizarea unui interviu puternic structurat și standardizat. Acesta conține reguli clare privind formularea și ordinea întrebărilor, înregistrarea și evaluarea răspunsului. Clinicianul devine astfel o piesă interschimbabilă într-o mașinărie care produce evaluări psihiatrice (Wiens, 1990). De aici până la realizarea unor programe computerizate de realizare a interviurilor nu rămânea decât un pas, care a și fost făcut. În 1987 erau deja peste 300 de programe destinate evaluării și modificării comportamentului uman, 8% dintre acestea fiind interviuri structurate, majoritatea destinate autoadministrării.

La fel ca intervievatorul uman, computerul poate fi programat să adreseze întrebări de urmărire și aprofundare sau să sară peste anumite întrebări referitoare la domenii unde nu sunt probleme. Gradul de personalizare a interviului în funcție de pacientul intervievat atinge performanța de a formula întrebările într-un limbaj accesibil acestuia și de a compara răspunsurile la întrebările din diverse secțiuni ale interviului. Înregistrarea simultană a unor indicatori psiho-fiziologici – latența răspunsului, pulsul etc. – permite computerului ca în comentariul final al răspunsurilor să introducă și aspecte referitoare la nivelul stimulării emoționale a subiectului pe durata interviului.

Este evident totuși că interviul computerizat nu poate beneficia de informațiile transmise non-verbal și paraverbal de către pacient în cadrul unei relații interpersonale (deși se recunoaște că nu întotdeauna clinicianul poate utiliza toate informațiile obținute în cadrul relației sale cu clientul pentru formularea diagnosticului).

Personal, consider că interviul computerizat nu poate fi utilizat cu orice tip de pacient și că majoritatea persoanelor care solicită ajutorul unui psihiatru au nevoie de contactul securizat, de empatia, înțelegerea și suportul acestuia chiar din faza interviului diagnostic. De aceea, interviul computerizat poate fi indicat doar pentru anumite categorii de pacienți și în anumite momente ale procesului diagnostic.

3. Interviu clinic de evaluare

3.1. Obiective

Interviu clinic reprezintă doar una dintre multiplele modalități de evaluare clinică, alături de anamneză, examenele psihologice care utilizează probe standardizate, observația în mediul natural sau clinic etc. Interviu de evaluare are două obiective importante :

- *un obiectiv diagnostic* : identificarea simptomelor, clarificarea și analiza acestora și implicit cunoașterea și înțelegerea funcționării psihologice ;
- *un obiectiv terapeutic* : uneori interviul are un efect terapeutic imediat, cel mai adesea el permite crearea unei bune relații între clinician și terapeut și – prin elementele diagnostice pe care le oferă – orientează strategia terapeutică.

Pentru descrierea și înțelegerea activității și funcționării psihologice a persoanei, clinicianul utilizează informații care se referă la :

- *manifestări obiective*, vizibile – comportamente care pot fi direct observate, măsurate sau înregistrate (de la comportamente complexe până la gesturi simple sau manifestări subtile prin care se exprimă emoțiile) ;
- *manifestări subiective*, senzații, imagini, gânduri care sunt produsul activității mentale a subiectului și care îi sunt accesibile doar lui. Aceste manifestări pot fi descrise de subiect în timpul interviului și pot face obiectul interpretării clinicianului.

La fel ca și în cazul altor tipuri de interviuri clinice, cel de evaluare poate fi liber (nestructurat), semistrukturat și structurat.

3.2. Aspecte specifice și dificultăți

Dacă ținem cont de faptul că obiectivul principal al interviului clinic este *înțelegerea individului în globalitatea și singularitatea sa subiectivă*, atunci toate informațiile obținute în cursul interviului capătă sens doar raportate la cadrele de referință specifice acestuia : așteptări, condiții de viață, istoria personală și situația sa actuală, modul de funcționare psihică etc. Imaginea care rezultă în urma interviului este unică. Astfel, interviul clinic de evaluare se deosebește de cel de cercetare ; acesta din urmă își propune să obțină informații reproductibile, comparabile cu cele obținute de la ceilalți subiecți incluși în cercetare.

În al doilea rând, deoarece interviul clinic vizează cazul singular, unic și în dimensiunea sa esențialmente subiectivă, el implică din partea clinicianului mobilizarea la cel mai înalt grad a *capacității sale empatice*, fără de care demersul comprehensiv ar fi imposibil.

În aceeași ordine de idei, a abordării individualizate, interviul clinic, pentru a-și atinge obiectivele sale, trebuie să dezvolte o căutare mai activă, mai centrată, care să *vizeze comportamentele sau simptomele mai neobișnuite, „insolite”,* precum și unele elemente precise, care pot fi introduse în anumite categorii. Comportamentele comune,

obișnuite, performanțele medii nu ne sunt de prea mare folos în alcătuirea portretului clinic al unei persoane; ceea ce individualizează oamenii și-i diferențiază de ceilalți sunt comportamentele neobișnuite, excesele comportamentale (pozitive sau negative), performanțele extreme (foarte mici sau foarte mari). O evaluare corectă a informațiilor ține cont de sursa acestora; nu trebuie să situăm pe același plan simptomele observate și simptomele trăite de pacient; de asemenea, trebuie să diferențiem între interpretarea pe care pacientul o dă simptomelor sale și cele realizate de clinician sau de membri ai anturajului (părinții unui copil, soțul/soția, anturajul familial în cazul unei persoane în vârstă etc.).

O dificultate frecvent întâlnită în discuțiile de cazuri între clinicieni este confuzia între planurile la care se realizează evaluarea clinică: *simptomatic, structural și etiologic*. De pildă, o tendință întâlnită în domeniul psihopatologiei infantile este aceea de a apropia tablourile clinice infantile de cele adulte – cu atât mai mult cu cât clinicianul este și el un om adult; în acest context există tendința de banalizare și de ignorare a factorilor specifici dezvoltării infantile, a stilului, a ritmului de creștere al copilului, variabilitatea simptomatică proprie vârstei etc.

În fața tabloului clinic divers pe care i-l oferă subiectul interviuat, clinicianul reușește să ajungă la o construcție logică și semnificativă, apelând la diverse modele teoretice (psihanalitic, etnopsihiatric, fenomenologic, psihosocial etc.). Aceste modele nu numai că permit introducerea unei ordini în datele obținute, ele fundamentează și ipotezele care orientează evaluarea și, eventual, intervenția terapeutică. Deși foarte utile, *teoriile riscă să dezvolte un caracter autoconfirmativ* – ele pot conduce clinicianul să observe și să rețină doar informațiile care validează modelul la care acesta aderă.

În sfârșit, interviul clinic de evaluare presupune o *relație specifică*. Clinicianul are în fața sa, de cele mai multe ori, o persoană care suferă. Prin procedee verbale și non-verbale specifice, clinicianul favorizează emergența unor fenomene inconștiente (dorințe, reprezentări, afecte, modalități specifice de gândire etc.), ajungând astfel să cunoască subiectul în toată complexitatea sa. Se întâmplă deseori ca subiectul să adopte o atitudine oarecum paradoxală: deși este invitat să descrie ceea ce simte și gândește, deși înțelege că pentru rezolvarea problemelor sale clinicianul trebuie să-l cunoască cât mai bine – subiectul nu poate, nu știe cum sau nu vrea să se lase cunoscut. De aceea, psihologul trebuie să faciliteze, să încurajeze și să susțină cât mai mult posibil exprimarea gândurilor și stărilor afective de către subiect, știind în același timp că pentru aceasta trebuie să depășească unele mecanisme de apărare mai mult sau mai puțin intense.

În cazul în care interviul clinic este asociat unui examen psihologic, el furnizează informații utile și diverse asupra pacientului: aspecte istorice, conduite habituale, evoluția unor tulburări, aspecte privind funcționarea psihică generală etc.

3.3. Niveluri de evaluare în cadrul interviului clinic

Distingem cel puțin două nivele de evaluare: nivelul simptomatic sau descriptiv și nivelul funcționării intrapsihice.

a) Nivelul simptomatic sau descriptiv. La acest nivel, descrierea clinică a pacientului se realizează cu ajutorul informațiilor produse în timpul interviului și observației directe. Trebuie să amintim că aceste informații sunt, de cele mai multe ori, de natură calitativă

și, în funcție de obiectivul evaluării și amploarea procesului evaluativ pus în act de către clinician, completează informațiile psihometrice obținute în urma testelor și asigură un cadru adecvat interpretării acestora.

- **Gândire, raționament, simț critic.** Calitatea activității intelectuale se exprimă prin capacitatea subiectului de a-și organiza gândirea, de a înțelege și utiliza adecvat conceptele și de a proiecta acțiuni coerente în vederea atingerii unui obiectiv. Această capacitate poate fi evaluată la nivelul discursului spontan al subiectului și punându-i întrebări pentru a vedea cum își argumentează răspunsurile. Perturbarea activității intelectuale poate să-și aibă sursa fie în tulburări de ordin cognitiv, fie în probleme de natură emoțională.

Simțul critic, dezvoltarea socio-cognitivă pot fi evaluate prin capacitatea subiectului de ierarhizare a unor fapte și idei, în funcție de o scară de valori adaptată contextului. Se evaluează, în general, suplețea, stabilitatea, soliditatea argumentării etc. Capacitatea de judecată este tulburată când subiectul se manifestă într-o manieră rigidă, inadaptată, inconsistentă, incoerentă, inadecvată (de pildă, incapacitatea subiectului de a-și modifica o opinie, în ciuda informațiilor noi care intră în dezacord cu aceasta).

Parazitarea fluxului gândirii de către activități apropiate visului (onirism), obnubilarea (între confuzie și vigilență normală) sau, dimpotrivă, hipervigilența (reactivitate atențională, stare de hiperalarmă) semnalizează alterări ale vigilenței. Gândirea poate fi lipsită de fluentă, digresivă, în timp ce atenția poate fi mai mult sau mai puțin intensă, stabilă, concentrată, prelungită sau eficientă.

- **Memoria.** Memoria poate fi și ea evaluată în timpul interviului. Se manifestă pierderea unor amintiri recente sau mai vechi, o imposibilitate de fixare a unor informații noi, o dezorganizare a amintirilor (de pildă, amestecarea prezentului și trecutului, a realului și imaginarului)?

- **Imaginația.** Imaginația poate fi săracă, stereotipă sau, dimpotrivă, exaltată, bogată, antrenând combinații neașteptate.

- **Aspectul general.** Prezentarea, ținuta, gradul de igienă și curățenie sunt revelatori semnificativi ai adaptării și caracterului.

- **Atitudini.** Atitudinile manifestate în timpul interviului furnizează și ele informații importante referitoare la confortul psihologic al subiectului, la nivelul anxietății, la nevoia de control etc. De asemenea, expresivitatea mimico-gestuală permite cunoașterea stărilor afective trăite de subiect; observăm: sărăcia sau excesul mimico-gestual, discordanța dintre mimică și discurs, manierism etc. Este important să apreciem activitatea psiho-motrice deoarece ea poate evidenția, de pildă, agitație sau pasivitate, dar și agresivitate, persecuție, depresie; limbajul și forma discursului, în general – debit verbal, mutism, bâlbâială, repetiția unor cuvinte fără adaptare la situația de interviu – ne informează despre stările atitudinal-afective ale subiectului.

- **Starea emoțională.** Putem distinge, pe de o parte, modificări moderate, comparabile cu cele care pot fi observate la subiecți normali și care se produc ca reacție la o situație; iar pe de altă parte, modificări de natură patologică, determinate de o disfuncție afectivă (tulburări afectiv-dispoziționale).

Starea afectivă se exprimă prin intermediul unor manifestări paraverbale, al gesturilor, mimicii sau modificărilor vasomotrice. Putem observa disproporția, inadecvarea sau discordanțele dintre aceste manifestări și caracteristicile situației de interviu.

• **Conștiința de sine și de mediu.** Conștiința de sine și de mediu poate fi perturbată datorită tulburării unor funcții intelectuale superioare sau a stării emoționale. În cursul interviului este important să apreciem cum se vede subiectul pe el însuși și cum percepe lumea, deoarece viziunea sa ne furnizează informații semnificative despre personalitatea lui. Pentru aceasta dispunem, pe de o parte, de ceea ce subiectul ne povestește despre reacțiile sale la diverse situații de viață și de informațiile furnizate de comportamentul său (verbal și non-verbal) în timpul situației de interviu. De pildă, în delir, conștiința de sine și de lume este tulburată, subiectul afișând o convingere de neclintit în afirmațiile sale.

• **Percepții.** În cursul interviului putem evalua existența unor anestezii isterice, a insensibilității în raport cu anumiți stimuli sau a unor manifestări de tip halucinator.

Alte manifestări :

- particularități ale somnului (insomnie, hipersomnie, coșmaruri, somnambulism etc.);
- conduite alimentare (bulimie, anorexie, coprofagie); controlul sfincterian;
- conduite sexuale (dezinteres, impotență, frigiditate, perversiuni etc.);
- conduite sociale (încălcări ale legii precum : furturi, escrocherii, agresiuni, crime etc.);
- comportamente neconforme regulilor familiale și/sau sociale, precum fuga de acasă, tentative de suicid, consum exagerat de alcool (beție);
- conduite simptomatice pentru anumite particularități psihice precum atitudini agresive, cheltuieli exagerate, provocări sau refuzul de a munci - fără ca acestea să fie, în mod necesar, patologice.

b) Nivelul funcționării intrapsihice. Adaptarea unei perspective dinamice. Modalitățile de relaționare în timpul interviului au o importanță considerabilă, deoarece solicitarea ajutorului și fenomenele transferențiale induc o dinamică revelatoare pentru personalitatea subiectului examinat. Trăsăturile de personalitate și personalitatea patologică adaugă relației caracteristici semnificative pentru funcționarea psihică normală și patologică.

Descrierea și analiza funcționării psihice presupune adoptarea unei perspective dinamice asupra personalității. Psihologii cu o orientare psihodinamică se concentrează asupra identificării conflictelor primare, a analizei mecanismelor de apărare, a principalelor teme fantasmatic etc. Acestea structurează într-un anume fel personalitatea subiectului și felul în care acesta se manifestă în relația cu clinicianul - dezvoltă mecanismele profunde ale funcționării sale psihice.

Indiferent dacă psihologul aderă sau nu la modelul psihianalitic, travaliul său este diferit de cel necesar descrierii semiologice, deoarece el se concentrează îndeosebi asupra raportului dintre conținutul manifest și cel latent al discursului pacientului. Particularitățile psihice care se exprimă în planul conduitelor și relațiilor sunt explorate prin prisma a ceea ce pacientul povestește despre viața lui și prin prisma reacțiilor transferențiale, manifestate în cursul interviului.

Aceeași conduită poate avea mai multe sensuri și totdeauna este mai ușor să o descrii decât să înțelegi care anume este semnificația ei. De aceea este preferabil să adoptăm mai întâi un demers descriptiv și abia apoi să dezvoltăm o analiză comprehensivă.

- **Evaluarea tipului de tulburare a personalității.** Tulburările de personalitate, funcționarea patologică a acestora pot fi identificate prin analiza comportamentului verbal și non-verbal manifestat în situația de interviu.

- **Personalitatea paranoică.** Interviul este dificil în măsura în care persoana interpretează fără să țină cont de contextul în care o anumită acțiune a fost realizată. Ea se îndoiește, fără nici un motiv, de loialitatea persoanelor din anturajul său. În mod frecvent, subiectul este gelos, bănuitor, într-o continuă alertă și într-o continuă căutare de argumente care să-i confirme bănuielele. Interviul poate deveni tensionat deoarece pacientul este puțin sensibil la punctul de vedere al celuilalt și puțin înclinat să accepte o atitudine critică; el rămâne rece, distant, rigid.

- **Personalitatea schizotipică/schizoidă.** Personalitatea schizotipică se distinge printr-o gândire plină de credințe și gânduri persecutorii, de credințe bizare, în timp ce personalitatea schizoidă este infiltrată de indiferență în relațiile sociale și multiple restricții afective. De aceea contactul în situația de interviu va fi rece, sărac, fără ritm; clinicianul puțin experimentat poate trăi un sentiment neplăcut de singurătate și imposibilitate de comunicare.

- **Personalitatea histrionică.** Amplitudinea răspunsurilor emoționale, solicitarea excesivă a atenției, căutarea constantă a laudelor și a unui feedback securizant facilitează contactul în situația de interviu, dar pacientul rămâne intruziv, excesiv, egocentric. El este animat, influențabil, intuitiv, impresionabil, viu, fără autenticitate și nu se simte prea bine când nu se mai află în centrul atenției; pacientul histrionic dramatizează și se arată puțin tolerant la frustrare. Cu astfel de pacienți, clinicianul se poate lăsa antrenat de solicitările lor excesive și fără limite și riscă să depășească timpul alocat inițial interviului.

- **Personalitatea dependentă** va afișa un comportament dependent și conformist, de supunere, deoarece este incapabilă să ia decizii fără a fi consiliată sau securizată într-o manieră excesivă de altă persoană; în lipsa acestui feedback securizant, persoana poate dezvolta contra-atitudini de iritare, enervare, agasare.

- **Personalitatea obsesional-compulsivă** se caracterizează prin perfecționism și rigiditate și se află într-o continuă căutare a perfecțiunii. Un astfel de pacient insistă, uneori într-o manieră absurdă și cu o perseverență surprinzătoare, ca ceilalți să se conformeze intențiilor lui și induce, astfel, clinicianului sentimentul că este prins într-un sistem impenetrabil în care activitatea asociativă a pacientului este foarte săracă, deoarece este hipercontrolată. Rezultă astfel un interviu care are puține șanse să producă informații noi, schimbări de perspectivă, noi posibilități de acțiune.

- **Personalitatea ezitantă** manifestă o teamă continuă de a fi evaluată nefavorabil și, de aceea, manifestă, în situații sociale – inclusiv în situația de interviu – teamă, jenă, timiditate. Ea se implică cu greu în relații cu ceilalți. În aceste condiții, interviul poate fi oarecum tensionat și cu greu ar putea avea acces la zonele intime ale personalității pacientului.

• **Personalitatea antisocială.** Interviuul cu un subiect cu o structură antisocială se caracterizează printr-o distanță defensivă banalizantă, asociată cu un sentiment de înautenticitate, trăit de psiholog în situația de interviu. Faptele pot fi relatate *stricto sensu*, cu absența sentimentelor de jenă și culpabilitate, iar răspunsurile pacientului evidențiază un univers interior gol, inafectiv, rudimentar. În cazul personalităților antisociale, tulburările de comportament debutează încă din copilărie sau adolescență cu simptome precum minciuni frecvente, furturi, vandalism, fugă de acasă.

3.4. Descriere sau interpretare ?

Manifestările psihopatologice și entitățile observabile clinic sunt în continuă schimbare, la fel și descrierea și înțelegerea acestora. Disputele teoretice privind *normalitatea/anormalitatea* psihologică, evoluția modelelor și teoriilor din domeniul psihologiei și psihiatriei justifică întrebarea din titlul acestui paragraf. În secțiunea dedicată interviului psihiatric am evidențiat două tipuri de abordare : interviul centrat pe *insight*, de factură psihodinamică și interviul centrat pe simptom ; în timp ce primul pune accent pe interpretare și comprehensiune, al doilea, adoptând cadrul „ateoretic” al DSM-ului, își propune să furnizeze descrieri sistematice ale manifestărilor psihopatologice. Care abordare este de preferat ? „Este preferabilă o bună descriere care permite accesul la elementele obiective ale cazului, pentru ca apoi să le discutăm în plan clinic mai degrabă decât să ne abandonăm interpretării, desigur bogată și deseori secundă pentru gândire, dar și sursă posibilă de erori, de globalizări excesive, de imprecizii și subînțelesuri. Dimpotrivă, absența generării de ipoteze goleşte gândirea și «sfrijește» creativitatea” se spune în Benony și Chahraoui (1999, p. 103). Rezultă că soluția ar fi păstrarea unei anume proporții între descriere și interpretare.

De cele mai multe ori – și este bine așa –, clinicienii aderă explicit sau implicit la un model teoretic care le orientează căutarea, organizarea informațiilor obținute și înțelegerea lor. Deși clinicianul își propune să fie cât mai „obiectiv” în descrierea faptelor și interpretarea lor, aceste activități interferează în mod inevitabil în cadrele sale interne de referință, care își au originea în felul său de a fi în lume, de a gândi, de a simți. În aceste condiții, riscul apariției erorilor este mare. Pentru a micșora acest risc, putem să ne refugiem într-o abordare strict descriptivă, cât mai obiectivă posibil, dar rezultatul ar fi o cunoaștere seacă, săracă, incapabilă să surprindă dimensiunea istorică, dinamică a ființei umane. Același comportament observabil, manifestat de mai multe persoane, exprimă „istorii” diferite, este efectul unui întreg univers mai mult sau mai puțin conștient/conștientizabil și care îi dă un anumit sens. Acest univers psihologic este reconstituit – între anumite limite – de către clinician printr-un intens travaliu interpretativ-comprehensiv. În timpul interviului, clinicianul trebuie să recepteze nu numai mesajele digitale, conținutul semantic al cuvintelor, ci și mesajele non-verbale. Acestea din urmă exprimă infrastructura înconștientă a comportamentului subiectului în situația de interviu. Ea face obiectul interpretării clinicianului. Fără interpretare rămânem superficiali, iar interpretând riscăm să ne înșelăm ! Dilema în sine evidențiază faptul că, pentru a realiza astfel de interviuri, spontaneitatea clinicianului nu este suficientă ; ea trebuie dublată de o formare specifică.

Credem că cele două niveluri – *descriptiv* și *comprehensiv* – sunt complementare și necesită o integrare suplă în cadrul interviului. Nivelul comprehensiv presupune

o abordare metapsihologică a faptului psihic și, în acest caz, conduita psihică este rezultanta mecanismelor interne aflate într-o strânsă relație cu întreaga istorie a individului și cu conflictele sale intrapsihice. Dar metapsihologia, pentru a fi acceptabilă, trebuie să aibă o anume coerență internă, o soliditate empirică și să fie în acord cu observațiile clinice.

Însuși termenul de *symptom* are la bază ideea că manifestările observabile, accesibile într-o manieră directă, sunt expresia unei realități mai profunde, „realitate” care, în psihologie, are de cele mai multe ori un caracter ipotetic și este construită printr-un demers inferențial de către psihologul-clinician.

4. Modelul psihanalitic al interviului clinic

4.1. Obiectivul general al curei psihanalitice

În conformitate cu teoria psihanalitică, terapia tulburărilor nevrotice se realizează prin explorarea unor aspecte ale istoriei individului și prin descoperirea relațiilor lor cauzale cu starea psihologică prezentă. Afirmatia fundamentală a psihanalizei este aceea conform căreia simptomele prezente își au originea în conflicte înconștiente. Procesul terapeutic constă, în principal, în aducerea acestor conflicte la suprafață, în domeniul conștientului. Conflictul nevrotic este rezolvat când acele părți ale Eului, Sinelui și Supraeului, respinse din câmpul conștientului în timpul dezvoltării, sunt integrate. Obiectivul curei este acela de a motiva Eul să renunțe la mecanismele de apărare patologice sau să găsească altele mai adecvate. Aceste schimbări structurale ale eului sunt considerate a fi singura soluție viabilă a conflictelor bazale și, în același timp, garanția unei schimbări de durată.

După studiile realizate alături de Berheim, Freud a început să-și trateze pacienții utilizând *metoda cathartică*. Această tehnică situează *cuvântul* în centrul dispozitivului terapeutic, deoarece *catharsis*-ul (eliberarea emoțională) era obținut cu ajutorul cuvântului. Ființa umană – spune Freud – găsește în limbaj un echivalent al actului, echivalent datorită căruia afectul poate fi descărcat, eliberat. Această metodă era în acord cu teoria propusă de Freud, conform căreia nevroza era expresia unor conflicte anterioare care nu făcuseră obiectul unei eliberări emoționale. Dacă inițial *catharsis*-ul era obținut prin hipnoză, ulterior Freud a abandonat-o în favoarea *metodei asociațiilor libere*, care stă la baza dispozitivului psihanalitic.

4.2. Structura curei psihanalitice

Cura psihanalitică nu s-a modificat prea mult de la Freud până în prezent și continuă să se bazeze pe metoda asociației libere.

Primele ședințe au ca obiectiv principal stabilirea indicației de a începe cura psihanalitică, precum și fixarea cadrului de desfășurare a acesteia. În vederea obținerii elementelor necesare luării unei decizii privind începerea unei cure analitice cu pacientul care îi solicită ajutorul, analistul își propune în timpul primelor ședințe:

- să asculte pacientul într-o manieră non-directivă, vorbind despre istoria tulburărilor și problemelor sale, despre istoria vieții sale, în general;

- să analizeze dorința și capacitatea subiectului de a urma o analiză;
- să evalueze suplețea și amplitudinea vieții psihice a pacientului, aptitudinea acestuia de a verbaliza și de a tolera situația de analiză care poate fi trăită ca frustrantă.

După luarea deciziei de începere a curei psihanalitice este fixat cadrul de desfășurare a acesteia, cadru care nu mai poate face obiectul unor negocieri ulterioare. Astfel, se stabilesc următoarele:

- *durata* (rareori inferioară unui interval de 4-5 ani);
- *frecvența și durata ședințelor* (2-3 ședințe pe săptămână, cu o durată între 30-45 minute fiecare);
- *poziția pacientului* (întins pe un divan);
- *poziția analistului* (situat în spatele pacientului).

În acest cadru, pacientului i se dă consemnul *liberei asociații* care reprezintă, de fapt, învățarea libertății de a se exprima pe sine însuși.

4.3. Relația analist – pacient

Relația terapeutică psihanalitică implică anumite reguli. Principala regulă care se referă la pacient este – așa cum deja am amintit – regula *asociației libere*: pacientul are drept consemn să spună, pe cât posibil, tot ceea ce-i vine în minte, fără să înlăture gândurile care i se par prostesti, banale sau fără importanță. Această regulă se bazează pe afirmația lui Freud că inconștientul conține tendințe spre exprimare în plan conștient, prin încercarea de a depăși barierele Eului. Materialul psihologic produs în urma asociațiilor libere este analizat cu ajutorul unor tehnici orientate spre obținerea *insight*-ului precum confruntarea, clarificarea, interpretarea și perlaborarea. Și comportamentul analistului se conformează unor reguli specifice:

- **Tăcerea.** Tăcerea analistului trebuie să permită dezvoltarea asociațiilor pacientului.
- **Atenția flotantă.** Asociațiilor libere ale pacientului – orientate de tendințele inconștiente ale acestuia, le corespunde atenția flotantă a psihanalistului – expresia „inconștientului expert” al terapeutului. Terapeutul nu trebuie să aibă o idee preconcepută când își ascultă pacientul, dar trebuie să poată să se lase surprins, să recepteze fără efort ideile, în aparență incongruente, suscitade de discursul acestuia.
- **Neutralitatea.** Psihanalitul nu se pronunță asupra opiniilor pacientului; el este acolo doar pentru a înțelege și interpreta.

• **Abstinența.** Această regulă are un versant îndreptat spre terapeut, iar altul spre pacient. Terapeutul trebuie să se abțină a da pacientului satisfacțiile pe care acesta le caută, pentru a evita să devină complicele nevrozei sale și să-și limiteze intervențiile strict în domeniul interpretării. În anumite cazuri, psihanalitul recomandă pacientului să se abțină de la luarea unor decizii importante în cursul tratamentului, pentru a-l proteja de deciziile dificil reversibile, ce ar putea fi legate de o fază tranzitorie a tratamentului, dar, mai ales, pentru a-l obliga să verbalizeze conflictele sale pe divanul psihanalitic, în loc de a-l lăsa să acționeze în viața de zi cu zi într-o manieră mai puțin

lucidă. Abstenența analistului și abstenența recomandată pacientului au ca obiect lupta împotriva „trecerii la act” (*acting out*), adică împotriva exprimării de către pacient a conflictelor sale în limbajul acțiunii. Regula abstenenței asigură o conversie forțată a conflictelor într-o formă verbală. Ipoteza care stă la baza acestei reguli afirmă că, datorită acestor măsuri de frustrare controlată, pacientul, privat de sursele sale obișnuite de satisfacții, este plasat într-o stare de dezechilibru: pe de o parte, el va trăi mai mult în analiza conflictelor pe care caută să le rezolve în mod obișnuit în viața cotidiană, pe de altă, în cura analitică însăși; neputând obține de la analist satisfacțiile pe care acesta i le refuză, va începe să-și exprime conflictele într-un mod mai direct. Acestea vor deveni „analizabile”.

- **Evitarea intervențiilor asupra anturajului pacientului.** Psihanalistul se interesează de lumea internă a pacientului, nu de anturajul său.

- **Interpretarea.** Ea este un instrument terapeutic principal al psihanalistului; ea constă în a ajuta pacientul să perceapă originea reală a sentimentelor sale, a temerilor sau inhibițiilor lui (când pacientul ajunge să relaționeze temerile sale din trecut, nu se mai teme de prezent). Interpretarea trebuie să țină seama de capacitatea de elaborare a pacientului și să nu fie „sălbatică”.

Aceste principii stau la baza a ceea ce s-ar putea numi intersubiectivitatea relației terapeutice și determină procesul psihanalitic. În timpul tratamentului, relația terapeutică însăși devine obiect al analizei. S-a afirmat că pacienții nevrotici tind să manifeste reacții transferențiale în care ei se raportează la obiecte inconștiente – în acest caz, terapeutul –, spre care orientează impulsurile lor libidinale sau agresive. Aceasta înseamnă că pacienții tind să re trăiască relațiile trecute în cadrul tratamentului, într-un efort de căutare a gratificației. Astfel de „repetări ale trecutului” în relație cu terapeutul pot conduce la manifestarea unor structuri libidinale ori comportamentale (de dependență sau agresive) foarte puternice față de acesta.

Reacțiile transferențiale sunt de cea mai mare importanță și sunt stimulate de către terapeut, deoarece constituie materialul esențial ce este analizat. Reacțiile transferențiale pot fi pozitive sau negative; primele includ reacții precum simpatia, dragostea, respectul pentru terapeut și furnizează o bază a alianței terapeutice urmând a conduce pacientul la o identificare cu atitudinea și demersul terapeutului. „Argumentele care nu au drept corolar faptul de a emana de la persoane iubite nu vor exercita nici cea mai mică influență în viața majorității oamenilor” (Freud, 1980, p. 360). Pacientul este ulterior ajutat să perceapă în mod diferit situațiile și să descopere noi modalități de funcționare. În reacțiile transferențiale negative, pacientul actualizează vechile conflicte.

„Transferul, atât în forma sa pozitivă, cât și în cea negativă, se pune în serviciul rezistenței” (Freud, cf. Laplanche, Pontalis, 1994, p. 440). Freud abordează în detaliu problema transferului în raport cu rezistențele. El descrie două situații opuse: *rezistența la transfer* și *rezistența prin transfer*. Rezistența la transfer se traduce prin întreruperi ale asociațiilor, tăceri prelungite etc. Rezistența prin transfer are următoarele caracteristici: „Transferul asupra persoanei analistului nu joacă rolul rezistenței decât în măsura în care el este un transfer negativ sau chiar pozitiv, compus din elemente erotice refulate” (Freud, cf. Gilieron, 1997, p. 24). În acest caz, continuă Freud, pacientul vrea să pună

simbolică” a trecutului în cadrul relației terapeutice asigură posibilitatea schimbării și „devine cel mai puternic dintre instrumentele terapeutice” (Freud); analiza și interpretarea trecutului patogen conduce la „uciderea acestuia și, cum nimeni nu poate fi ucis în lipsă, transferul asigură prezentificarea sa simbolică”.

Reacțiile afective inconștiente ale terapeutului față de pacient sunt descrise ca reacții contra-transferențiale. O atitudine pozitivă a terapeutului față de pacient pare să fie o condiție necesară pentru o cură analitică cu bune rezultate. Totuși, dacă această atitudine depășește un anumit nivel critic, ea poate stimula nevoia pacientului de gratificare și dependență. Astfel, contra-transferul poate deveni un obstacol în evoluția terapiei și poate ridica chiar probleme etice. Contra-transferul pozitiv sau negativ devine pentru terapeut, în aceste condiții, o provocare personală, cu efecte asupra dezvoltării și formării sale profesionale.

Scurta trecere în revistă a fenomenelor și proceselor psihologice care se dezvoltă în cadrul relației analist-pacient demonstrează că aceasta este cel puțin la fel de importantă ca și tehnicile analizei.

4.4. Caracteristicile limbajului psihanalitic

Psihanalistul recurge la un limbaj privilegiat – el interpretează. El nu se mai exprimă pentru a comunica ceva, ci pentru a schimba pacientul. În acest fel, limbajul utilizat de analist pierde din valoarea sa *expresivă* pentru a câștiga – dacă ne putem exprima astfel – în ceea ce privește valoarea sa *efectivă*, adică în efectele pe care urmărește să le provoace la nivelul pacientului.

Interpretarea psihanalitică se situează, în general, fie în categoria limbajului rațional, fie în cea a sentimentului trăit.

Interpretarea rațională corespunde unei reconstrucții ipotetice a rezistenței, a conflictului pornind de la indicatorii oferiți de pacient și transmiterea către acesta a mecanismului astfel reconstruit. Acest act interpretativ diferă de actul comprehensiv prin faptul că el nu pretinde cunoașterea directă, empatică a unui fapt de conștiință; el se prezintă ca produsul unui calcul rațional, fundamentat de indicatorii furnizați de pacient și de ipotezele analistului. El se situează la o anumită distanță de sentimentul trăit, nu în ceea ce privește conținutul, ci forma.

Sentimentele descrise în interpretare sunt prezentate pacientului ca ipoteze care se pot face pornind de la comportamentul său, nu ca de la sentimentul trăit de analist în legătură cu ceea ce simte subiectul; intervenția analistului va avea, de pildă, forma următoare: „s-ar putea gândi că absența dumneavoastră la ultimele două ședințe semnifică o anume respingere a analizei”.

Limbajul sentimentului trăit corespunde, dimpotrivă, comprehensiunii. Prin el, terapeutul exprimă ceea ce el simte a fi sentimentul clientului, printr-un act direct de cunoaștere empatică. Această atitudine a terapeutului transmite ipoteza implicită că pentru aceeași producție a clientului există mai multe interpretări posibile, dar că el, terapeutul, exprimă acum pur și simplu ceea ce simte referitor la comportamentul pacientului. Comprehensiunea ia forma: „îmi pare că...”, „cred că...”, „simțiți...”, „încercați să spuneți...”. Sentimentul trăit în momentul respectiv de către client și terapeut se prezintă ca un dat imediat, și nu ca efectul unui proces de reconstrucție rațională.

Psihanalistul, din întreaga sa gamă de limbaje și tehnici, alege anumite tehnici privilegiate și se ține de ele cu rigoare. Astfel, în principiu, el nu răspunde întrebărilor, nu-și pune el însuși întrebări, nu dă sfaturi, nu exprimă nici opinii, nici sentimente personale (Pages, 1968). Activitatea sa se concentrează cvasi-exclusiv pe interpretarea producției pacientului – motorul învingerii rezistențelor. Chiar când acest principiu suferă atenuări, prin utilizarea sporadică a unor tehnici de consiliere și informare, avem de-a face cu concesii făcute de analist, destinate să facă situația terapeutică mai tolerabilă pentru pacient și să faciliteze acceptarea interpretării.

Recurgerea la un limbaj privilegiat este însoțită de un sistem de constrângeri și interdicții. Am amintit deja câteva, vorbind despre regula abstenenței, regulă care are ca obiectiv principal declanșarea unei frustrări controlate, pusă și ea în slujba interpretării. Constrângerile care alcătuiesc cadrul curei psihanalitice (între care și fixarea structurii tratamentului) sunt o provocare continuă pentru pacient, care astfel furnizează materialul psihologic necesar interpretării.

Astfel, metoda psihanalitică pare, în mod neașteptat, ambiguă și contradictorie. Pe de o parte, ea favorizează dialogul spontan între analist și pacient, libera asociere a unui, libera atenție flotantă a celui alt, schimbul spontan de semnificații, comunicarea la nivelul inconștientului; pe de altă parte, ea se bazează pe o constantă ruptură a dialogului de către analist, pe decizii unilaterale, pe calcul ascuns.

Dar caracterul contradictoriu al psihanalizei nu vizează doar relația analistului cu pacientul, ci și relația analistului cu el însuși. Analistul, pe de o parte, trebuie să dea curs liber spontaneității sale, să-și relaxeze cenzurile conștiente și să-și lase inconștientul să „interpreteze” pentru el, dar, pe de altă parte, activitatea sa se supune unor interdicții multiple care limitează în mod necesar spontaneitatea sa. Pentru a evita să cadă în „plasa” pacientului său și să dezvolte „o nevroză în doi”, terapeutul își va interzice anumite tipuri de răspuns, își va controla răspunsurile sale spontane, va lua distanță raportându-se la ele și le va converti în interpretări.

Sistemul de constrângeri și defense la care se supune analistul îi permite să-și afirme puterea în relația sa cu pacientul. Analistul întreține „iluzia” că dispune de o putere proprie, în limitele cadrului creat de cura psihanalitică (pentru a nu-și pierde puterea el nu se va întâlni cu pacientul decât în acest cadru!). Această putere se traduce, pe de o parte, prin sistemul de constrângeri al metodei psihanalitice, pe de altă prin limitarea formelor de expresie ale analistului la domeniul interpretării.

5. Interviu clinic non-directiv (C. Rogers)

Ideile lui C. Rogers au avut o mare influență în domeniul consilierii și psihoterapiei. Adoptând o poziție umanistă, el intră în dispută cu teoriile psihanalitice și behavioriste și se arată puțin interesat de nosografie și de structura personalității (așa cum fusese teoretizată până la el).

5.1. Caracteristicile relației de ajutor (terapiei centrate pe client)

În lucrarea sa *La relation d'aide et la psychothérapie* (1974), C. Rogers punctează următoarele aspecte distinctive ale metodei pe care o propune :

1. Are un *scop* diferit de al celorlalte terapii. Ea este centrată asupra individului, și nu asupra problemei ; scopul urmărit nu este rezolvarea problemei, ci ajutarea clientului să atingă o anumită *maturitate* care să-l conducă la o adaptare superioară. Terapia – spune C. Rogers – nu constă în a face ceva pentru individ și nici în a-l conduce pe acesta să facă ceva pentru el însuși ; ea constă în a-l elibera pentru a putea să-și desăvârșească maturizarea și dezvoltarea normală.
2. Pune accent pe *elementul trăit*, mai degrabă pe aspectul afectiv al situației decât pe aspectul intelectual ; majoritatea inadapțărilor, a problemelor nu sunt determinate de lipsa informațiilor ; dacă ar fi așa, atunci problemele s-ar rezolva simplu, prin furnizarea de informații, dar viața arată că sfaturile „istețe” nu rezolvă întotdeauna problemele.
3. Pune accentul pe *situația actuală* mai mult decât pe trecutul individului. Spre sfârșitul relației de ajutor, trecutul ar putea fi util pentru înțelegerea genezei unui comportament, dar nu este în mod necesar important pentru atingerea obiectivelor terapeutice.

5.2. Cadrul teoretic al terapiei centrate pe client

Terapia centrată pe client are la bază un model al personalității care accentuează rolul deosebit al dezvoltării sau autoactualizării. Obiectivul ideal al actualizării este dezvoltarea deplină a personalității și tendința de a evolua în direcția maturizării. Această dezvoltare este rezultatul experiențelor personale (*self* – eu) care pot apărea doar în relațiile cu ceilalți. Multe experiențe au un caracter simbolic, deși ele pot fi conștientizate.

Adaptarea psihologică se află într-o strânsă co-evoluție cu imaginea de sine (*self-concept*). Aceasta înseamnă că toate experiențele fizice și senzoriale ale organismului sunt asimilate la un nivel simbolic, aflat într-o relație congruentă cu imaginea de sine. Oamenii vor deveni din ce în ce mai securizați și congruenți, dacă în relațiile lor cu celelalte persoane se simt acceptați și înțeleși.

Dimpotrivă, dacă o persoană trăiește ignorarea sau neacceptarea universului său interior ori chiar lipsa de respect, acest fapt îi va afecta funcționarea sa psihologică. Dacă un individ este continuu confruntat cu această atitudine – de exemplu la școală, la serviciu, acasă – atunci el va dezvolta o scăzută stimă de sine și o imagine negativă de sine. Imaginea de sine a individului va avea, astfel, la bază, evaluarea propriilor experiențe de către ceilalți. Deoarece evaluările celorlalți – interiorizate de către individ – nu se află într-o relație necesară cu experiența factuală a acestuia, ele vor fi exprimate din ce în ce mai intens, sub forma sentimentelor de tensiune, durere, suferință.

Întrucât fiecare are nevoie de o imagine pozitivă în tranacțiunile cu ceilalți, persoana aflată în această situație dezvoltă ceea ce C. Rogers numește o *imagine pozitivă*

condiționată, prin interiorizarea unor condiții ale demnității: ea se simte demnă de respect numai în anumite condiții, în funcție de valorile impuse din exterior, valori care nu au nici o legătură cu ceea ce simte persoana cu adevărat.

Experiențele care sunt în dezacord cu aceste valori introiectate („condiții ale demnității”) pot fi percepute ca amenințătoare și de aceea ele vor fi ignorate, dezavuate și respinse. Dacă acest fapt se întâmplă în mod repetat, atunci structura eului devine inflexibilă pentru a rezista acestor amenințări, ajungându-se astfel la un fel de barieră în calea dezvoltării personalității. Dezintegrarea și dezorganizarea se manifestă când persoana aflată în această stare de incongruență se confruntă cu un eveniment important („momentul adevărului”). Comportamentul dezorganizat al persoanei este expresia pendulării între direcțiile de acțiune, dictate de „condițiile demnității” impuse din exterior și cele indicate de ceea ce aceasta simte cu adevărat. Scopul terapiei centrate pe client este acela de a diminua această dezorganizare și de a depăși rezistența. Se poate ajunge la o autopercepție realistă, care va schimba structura eului și-i va mări autoacceptarea.

5.3. Atitudinile specifice terapiei centrate pe client

Deoarece relațiile interpersonale sunt considerate a fi cheia dezvoltării individului, terapia oferă o relație care este astfel structurată încât va permite actualizarea resurselor, facilitarea dezvoltării și maturizării. Rogers consideră că, pentru a-și atinge aceste obiective, relația terapeutică trebuie să se conformeze unor principii. Astfel, el descrie următoarele șase condiții care sunt *necesare și suficiente* pentru schimbarea personalității:

1. două persoane intră într-o relație semnificativă pentru fiecare dintre ele;
2. clientul se află într-o stare de incongruență, adică vulnerabil și anxios; el trăiește sentimentul că nu corespunde imaginii pe care o are despre sine;
3. terapeutul furnizează clientului o relație congruentă și integrată; adică terapeutul este el însuși congruent, cel puțin în relația cu clientul;
4. terapeutul acordă clientului o atenție pozitivă necondiționată și acceptă toate experiențele acestuia, întrucât ele alcătuiesc persoana unică pe care o are în fața sa;
5. terapeutul re trăiește universul interior al clientului într-o manieră empatică și încearcă să returneze către acesta experiențele astfel receptate;
6. clientul are disponibilitatea de a accepta, cel puțin în principiu, mesajul terapeutului în legătură cu atitudinea pozitivă necondiționată a acestuia față de el și cu felul cum înțelege situația sa.

Punctele 3, 4 și 5 evidențiază principalele caracteristici terapeutice ale relației dintre terapeut și client, descrise de terapia rogersiană ca fiind condițiile *congruenței, atenției (imaginii) pozitive necondiționate și empatiei*. Relația terapeutică este înțeleasă ca o alianță activă, în care terapeutul nu are alt obiectiv decât de a stabili o relație care să satisfacă cerințele menționate. În cazul în care clienții pot accepta oferta unei relații empatice, necondiționate și congruente, ea va preciza și clarifica comportamentul acestora, precum și răspunsurile consecutive ale terapeutului. Rogers sugerează că eficiența terapeutică nu constă în construirea unei relații terapeutice eficiente, ci în efortul continuu al terapeutului de a menține această relație.

5.4. Reformularea – intervenție verbală non-directivă

Dacă principiul fundamental al terapiei centrate pe client este cel al non-directivității, atunci ce fel de *ajutor* îi oferă terapeutul clientului său? El doar îi *reflectă* sentimentele și îi propune *reformulări* a ceea ce clientul tocmai i-a spus. Tipul de influență pe care psihologul îl exercită astfel este numit *facilitare*. Reformularea facilitează evoluția, deoarece permite conștientizarea treptată a ceea ce se produce, ea fiind un factor stimulator (un feedback pozitiv).

A reformula înseamnă a spune cu alți termeni într-o manieră mai concisă sau mai explicită ceea ce clientul (pacientul) tocmai a exprimat. O reformulare este corect efectuată și devine eficientă doar în măsura în care întrunește acordul celui cărui îi este destinată.

A considera acordul clientului criteriul principal al validității reformulării înseamnă a-l considera pe acesta „expert” în problema sa: clientul este cea mai informată persoană în legătură cu situația pe care o trăiește. Prin urmare, el știe exact despre ce vorbește. Această concepție se situează la polul opus concepției psihanalitice, conform căreia subiectul este inconștient de adevărata natură a problemei sale. De altfel, pe această idee promovată de psihanaliză se bazează ideea atotputerniciei intuiției psihologului.

În acord cu ideea că terapeutul trebuie să adopte o atitudine pozitivă necondiționată în relația sa cu clientul – una dintre condițiile necesare ale unei terapii eficiente în concepția lui C. Rogers –, reformularea implică credința că orice comportament uman are o logică specifică și că toate reacțiile afective, comportamentale, verbale etc. au o semnificație anume, care se dezvăluie doar în cadrul universului intim al fiecăruia din noi. De aceea sarcina terapeutului este de a asculta, a înțelege și a returna clientului un mesaj care să fie expresia acestei înțelegeri. Astfel, terapeutul face din client un partener deoarece reformularea implică deopotrivă *reflexie activă* din partea terapeutului, dar și din partea clientului. Acest tip de relație are la bază încrederea în capacitatea de autocunoaștere și în puterea de autoreglare finală a omului prin el însuși.

Reamintind că o reformulare validă este cea care întrunește acordul clientului, am putea rezuma astfel consecințele imediate ale acesteia:

- terapeutul este sigur că nu a introdus în plus nimic de natură interpretativă în mesajul pe care i l-a transmis clientul;
- cu cât clientul se recunoaște mai ușor în reformularea terapeutului, cu atât mai mult va avea sentimentul că este ascultat și înțeles și se va angaja mai activ în relația terapeutică;
- o bună reformulare este o bună dovadă că și terapeutul însuși este activ implicat în relația terapeutică, ascultă și înțelege.

Analizând reformularea în concepția lui C. Rogers, R. Mucchielli (1994) evidențiază trei procedee principale ale acesteia, cu efecte progresive:

5.4.1. Reformularea – reflectare

Ea reia o secvență importantă a discursului ori ultimele cuvinte care sunt urmate de o pauză mai lungă. Putem astfel să evidențiem ideile importante și să facem o invitație la continuarea discursului. Procedând în acest mod, dovedim clientului că înțelegem și gândim împreună cu el.

Modul cel mai simplu al acestui tip de reformulare este *răspunsul ecou*.

⇒ Exemplu :

- *Pacientul* : ...*Și eram foarte deprimat...* (pauză)
- *Terapeutul* : ... *Înțeleg... Erați foarte deprimat...*

Utilizarea lui în exces ar putea sfârși prin a crea clientului impresia unui efort superficial de înțelegere. De aceea reformularea care utilizează *alți termeni*, considerați ca echivalenți, este superioară în măsura în care evidențiază un efort real de înțelegere ; este vorba de solicitarea unui feedback, de verificare a unei informații. Terapeutul stabilește dacă a înțeles bine sau nu : *astfel..., după dumneavoastră..., vreți să spuneți că..., cu alți termeni...*

⇒ Exemplu :

- *Pacientul* : ...*Și eram foarte deprimat...* (pauză)
- *Terapeutul* : ...*Vreți să spuneți că felul cum v-a privit v-a necăjit foarte mult... ?*

Însă modul cel mai complex al acestui tip de reformulare este *reformularea-rezumat*, care își propune să evidențieze, pentru client, aspectele esențiale ale mesajului său. Există riscul ca, rezumând, să interpretăm ! De aceea, terapeutul trebuie să sublinieze aspectele esențiale, păstrând cadrul de referință propus de client.

⇒ Exemplu :

- *Clientul* : *Problema, cu acest gen de sentimente plăcute, este că mă simt nefericit pentru că știu că, după aceste extraordinare momente de înprospătare a forțelor, voi recădea în starea de depresie.*
- *Terapeutul* : *Dacă înțeleg bine, vă spuneți că aceste reacții tonice sunt pasagere și acest fapt vă interzice orice satisfacție.*

5.4.2. Reformularea ca inversare a raportului figură-fond

Acest procedeu își are originea în teoria gestaltistă și exprimă foarte bine concepția rogersiană privind „restructurarea câmpului”. La fel ca în percepția figurilor duble, în care, în funcție de focalizarea atenției, alternativ, obiectul percepției devine fond, iar fondul devine obiect al percepției, acest tip de reformulare inversează raportul „figură-fond” al unei situații. Ea evidențiază aspectele implicite ale unei propoziții :

⇒ Exemplu :

- *Pacientul* : ...*Sunt singurul din clasă care nu face nimic bine niciodată !*

- **Terapeutul:** ...După părerea dvs. toți ceilalți reușesc mai bine decât dumneavoastră?

Această intervenție, deși nu scoate și nu introduce nimic nou în mesajul inițial, provoacă clientul să-și perceapă situația sub un alt unghi, să-și precizeze sau să-și modifice ideile. De câte ori nu se spune că nu vedem pădurea din cauza copacilor, ori copacul din cauza pădurii! De câte ori oamenii nu rămân prizonierii unui anumit punct de vedere, al unui anumit aspect al situației!

Apariția bruscă a unui alt raport între elementele situației poate provoca stări afective intense și accentuează o priză de conștiință accentuat reflexivă asupra situației. Având în vedere stările afective ce pot însoți acest tip de reformulare și care nu totdeauna pot fi benefice pentru evoluția terapiei, terapeutul trebuie să aibă o atitudine și un ton empatic.

5.4.3. Reformularea-clarificare

De foarte multe ori „povestea” pacientului este confuză, fără sens, neorganizată. Prin clarificare – tipul cel mai complex, dar și cel mai dificil de reformulare – terapeutul evidențiază și returnează spre client sensul mesajului pe care acesta l-a emis. Mucchielli dă un bun exemplu de astfel de reformulare.

⇒ Exemplu :

- **Clientul:** „Cumnatul meu este un tip literalmente plin de pretenții. După el, numai persoana lui contează. Numai el are ceva de spus. Imediat ce apare, conversația este monopolizată de el. Pot să urez bună seara la toată lumea și să plec”.
- **Terapeutul:** „Nodul problemei nu sunt atât aceste maniere... cât faptul că ele, într-un fel sau altul, vă deranjează, ajung să vă elimine”.

Reformularea favorizează un dialog autentic între doi actori sociali, dialog ce se desfășoară într-un deplin respect față de punctul de vedere al celuilalt. Terapeutul trebuie să fie capabil să recunoască sentimentele sau semnificațiile exprimate de client în cadrul unui discurs liber, fără constrângeri impuse de terapeut în ceea ce privește durata, tema dialogului etc. Ele sunt recunoscute și acceptate ca exprimând un punct de vedere subiectiv și tocmai acest punct de vedere trebuie înțeles; înțelegerea acestui punct de vedere implică și acceptarea responsabilității clientului referitoare la situația descrisă, concomitent cu păstrarea de către terapeut a unei atitudini pozitive necondiționate asupra acestuia, care se simte astfel înțeles și neacuzat, neevaluat.

După această scurtă trecere în revistă a tehnicilor de reformulare, putem rezuma astfel utilitatea lor (Mucchielli, 1994, p. 50). Deși utilă, simpla reflectare este insuficientă; ea dovedește centrarea atenției asupra clientului și este, în calitate de oglindă, o reflexie obiectivată. În măsura în care reformularea este corectă, clientul este obligat să se recunoască în imaginea ce-i este furnizată din exterior; acest fapt are un impact reflexiv și-i furnizează sentimentul că este înțeles și ascultat. Reformularea ca inversare a raportului figură-fond este, de fapt, o nouă formulare ce evidențiază aspectele implicite ale mesajului; ea realizează un pas înainte față de tehnica precedentă, deoarece dă un nou sens aceluiași fapt subiectiv și păstrează clientul în centrul acestui nou sistem de

semnificații. În sfârșit, reformularea-clarificare, cu ajutorul unui rezumat clar, coerent, extrage din discursul clientului aspectele experiențiale esențiale, pe care acesta le recunoaște ca fundamentale pentru el, deși nu le-a formulat niciodată ca atare.

5.5. Abilități necesare conducerii unui interviu non-directiv

Analizând problemele specifice pe care le au consilierii/terapeuții debutanți (și nu numai), Finn și Rose (1982) realizează o foarte utilă trecere în revistă a principalelor abilități care trebuie puse în act cu ocazia realizării unui interviu non-directiv într-o relație de ajutor. Prezentăm pe scurt aceste abilități.

1. Introducerea – primele câteva minute ale interviului în care întâlnești clientul și inițiezi conversația și relația de ajutor.

1.1. Abilități: Trebuie să:

- a) te prezinți (numele);
- b) afli numele clientului;
- c) indici scopurile și obiectivele interviului;
- d) faci clientul să se simtă confortabil prin punerea în act a abilităților anterioare într-o manieră relaxată, prietenească;
- e) propui un mod deschis de a vorbi.

1.2. Greșeli: Absența oricăreia dintre abilitățile de mai sus.

2. Așteptarea – comportamentul non-verbal și verbal, care suscită interesul și atenția clientului.

2.1. Abilități:

- a) o pauză de 2 până la 5 secunde se interpune între sfârșitul unei intervenții a clientului și începutul unei intervenții a consilierului;
- b) o pauză urmează după o intervenție a consilierului, dând posibilitate clientului de a avea suficient timp pentru a-și formula confortabil răspunsurile – în general de la 3 la 5 secunde;
- c) consilierul folosește o varietate de procedee verbale care încurajează, dar nu cer clientului să continue să vorbească și nu implică acordul sau judecarea/evaluarea celor spuse;
- d) consilierul folosește o varietate întreagă de procedee non-verbale;
- e) consilierul menține un contact vizual adecvat;
- f) consilierul are o voce clară, inteligibilă.

2.2. Greșeli:

- a) consilierul întrerupe conversația cu clientul;
- b) nu există nici o pauză între intervențiile clientului și cele ale consilierului;
- c) o pauză de 5 secunde sau mai lungă, apărută în orice moment al interviului, provoacă anxietăți inutile sau disconfort;
- d) consilierul nu încurajează clientul să vorbească;
- e) procedeele folosite de consilier în mod neadecvat – fie ele verbale sau non-verbale – întrerup intervenția clientului. Propozițiile plate sau neterminate

sunt exemple de procedee verbale inadecvate. Privirea fixă, lipsa contactului vizual, neastâmpărul sunt exemple de procedee non-verbale inadecvate.

3. Întrebările – o sondare al cărei scop este de a dobândi sau clarifica informații.

3.1. Abilități :

- a) majoritatea întrebărilor exploratorii sunt deschise ;
- b) se pune doar o singură întrebare o dată ;
- c) întrebările sunt clare și succinte ;
- d) întrebările conțin cuvinte care sunt în vocabularul clienților ;
- e) întrebările închise sunt diseminate printre cele deschise pentru dobândirea de informații specifice.

3.2. Greșeli :

- a) se pun două întrebări deodată ;
- b) întrebarea este o afirmație deghizată ;
- c) sunt puse trei întrebări închise la rând ;
- d) întrebarea este neclară.

4. Urmărirea verbală – un răspuns al consilierului la o intervenție a clientului care este direct legată de ceea ce tocmai a fost spus.

4.1. Abilități : Consilierul trebuie :

- a) să răspundă printr-o parafrază a conținutului sau o reflectare a sentimentelor ;
- b) să specifice deschis/clar schimbarea bruscă a subiectului (introducerea unui subiect nou în discuție) ;
- c) să coreleze materialul vechi de cel nou atunci când introduce un subiect nou în discuție sau
- d) să ceară clientului să continue discuția, folosind încurajările deschise precum „Spune-mi mai multe despre...” sau „Ce s-a întâmplat ?”.

4.2. Greșeli : Consilierul...

- a) introduce un nou subiect de discuție, fără să specifice deschis acest lucru sau fără să-l coreleze cu materialul anterior ;
- b) schimbă subiectul de la tema centrală la una periferică.

5. Căutarea concreteței – încercarea de a dobândi informații mai detaliate, mai specifice, legate de persoana respectivă.

5.1. Abilități : Consilierul...

- a) caută informațiile detaliate, folosind întrebările : „Cum ?”, „Ce ?”, „Unde ?” și „Cât de des ?” ;
- b) aduce discuția abstractă, filosofică, la dimensiuni mai concrete, mai relevante pentru persoana în cauză.

5.2. Greșeli :

- a) se permite clientului să vorbească despre un subiect relevant într-o manieră impersonală ;
- b) detaliile relevante nu sunt urmărite ;
- c) se permite ca exprimarea clientului să rămână vagă, abstractă.

6. Raționament neevaluativ – un răspuns al consilierului fără nici o componentă evaluativă.

6.1. Abilități : Consilierul...

- a) răspunde la verbalizările clientului prin întrebări sau afirmații, desemnate să exploreze sensul comportamentului sau evenimentelor ;
- b) folosește confruntarea pentru a indica discrepanțele dintre sentimentele sau percepțiile clientului și cele ale consilierului.

6.2. Greșeli : Consilierul...

- a) enunță o judecată morală negativă sau critică verbalizările clientului. De exemplu, consilierul poate amenința, preveni, dojeni, dăscăli, minimaliza ;
- b) sfătuiește direct clientul ce să facă sau oferă o soluție, fără o explorare extensivă a problemei.

7. Reflectarea sentimentelor – abilitatea consilierului de a fi sensibil și de a transpune în cuvinte experiența subiectivă a clientului.

7.1. Abilități : Consilierul...

- a) reflectă sentimentele pe care clientul încă nu le-a identificat ;
- b) reflectă cu acuratețe intensitatea sentimentelor ;
- c) identifică stimulii din mediu care provoacă/determină sentimentele ;
- d) reflectă sentimentele subînțelese ce transpar în urma afirmațiilor făcute de client.

7.2. Greșeli : Consilierul...

- a) ignoră sentimentele ;
- b) etichetează/numește/identifică greșit sentimentele ;
- c) etichetează/numește/identifică greșit intensitatea sentimentelor sau
- d) se angajează în rezolvarea problemei fără identificarea sentimentelor.

8. Implicarea – cât timp vorbește consilierul sau clientul.

8.1. Abilități :

- a) Clientul vorbește majoritatea timpului.

8.2. Greșeli :

- a) Consilierul vorbește majoritatea timpului.

6. Interviu clinic în terapiile cognitiv-comportamentale (TCC)

6.1. Caracteristici generale ale relației terapeutice în TCC

Terapiile cognitiv-comportamentale reprezintă un ansamblu de tehnici bazate pe teoriile învățării și pe descoperirile psihopatologiei cognitive. Deși în acest domeniu există mai multe orientări și cadre teoretice, ele împărtășesc câteva afirmații de bază care justifică gruparea lor sub aceeași etichetă. Afirmația de bază este că toate comportamentele, adaptative sau neadaptative, sunt rezultatul unor scheme implicite. Acestea sunt mai mult

sau mai puțin conștiente și înglobează structuri cognitive și sisteme de prelucrare a informațiilor. Termenul *cogniție* este oarecum vag definit, dar se referă, de cele mai multe ori, la idei, semnificații, credințe, gânduri, inferențe, expectații, afirmații, atribuiți. Se afirmă că acestea mediază comportamentul în mod direct – inclusiv manifestările emoționale – și sunt obiectivul major al schimbării terapeutice.

Spre deosebire de relația terapeutică dezvoltată de celelalte terapii, unde predomină caracterul non-directiv al acesteia, în cazul terapiilor cognitiv-comportamentale avem de-a face cu o *relație directivă*; de fapt, mai potrivit ar fi termenul de *relație de ghidare*, deoarece terapeutul ajută pacientul să ia anumite decizii, nu ia decizii în locul lui.

Dacă în psihanaliză terapeutul își propune să fie o „oglină perfectă”, care să-i ofere pacientului o imagine ce conține în egală măsură lumini și umbre, iar în terapia rogersiană terapeutul dorește să fie și el o oglindă ce oferă pacientului „o imagine pozitivă necondiționată”, în terapia cognitiv-comportamentală terapeutul are un rol mai activ, directiv, care implică în egală măsură procese precum: orientare, ghidare, colaborare, parteneriat. Putem sintetiza rolul și atitudinea terapeutului în terapia cognitiv-comportamentală astfel:

1. culege datele și efectuează analiza funcțională a comportamentelor;
2. explică, informează, dedramatizează;
3. definește simptomul-țintă, identifică factorii de menținere și cercetează beneficiile secundare ale acestuia;
4. alege strategia terapeutică;
5. stimulează motivația de participare la terapie a pacientului;
6. aplică tehnica terapeutică;
7. pune capăt relației terapeutice (conform contractului terapeutic).

Nu ne propunem să analizăm toate aceste dimensiuni ale relației terapeutice, deoarece o astfel de analiză ar ajunge inevitabil la discutarea unor detalii tehnice, care ne-ar îndepărta de obiectivul pe care îl avem în vedere. Menționăm totuși câteva considerații asupra acțiunilor menționate mai sus la punctul 2.

Terapeutul furnizează, în principal, explicații asupra dobândirii răspunsurilor și comportamentelor inadaptate, asupra menținerii acestora, precum și asupra tehnicilor terapeutice ce pot fi utilizate pentru schimbarea lor. El răspunde astfel așteptărilor clienților care doresc să înțeleagă, să fie securizați cu privire la viitor și să fie deculpabilizați. Explicațiile terapeutului au un rol important în crearea unei alianțe active între acesta și pacient. Ele reiau într-un limbaj coerent, comprehensibil, experiențele emoționale și comportamentale trăite, până atunci, ca iraționale; de asemenea, explicațiile permit numirea acestor experiențe, evidențierea unor relații cauzale, fapt ce are consecințe asupra nivelului general al anxietății, deoarece până atunci ele fuseseră trăite ca invadatoare și indefinibile. Astfel, explicațiile pot stimula, la pacient, sentimentul controlului; favorizează intrarea în terapie și cresc încrederea în terapeut. Se trece, în acest mod, de la *a suferi* la *a acționa*, ajungându-se la o relație de parteneriat între pacient și terapeut.

6.2. Interviu de evaluare cognitiv-comportamentală

Interacțiunea verbală între terapeut și pacient are în TCC un rol la fel de important ca și în celelalte terapii. A aborda acum toate aspectele acestei interacțiuni înseamnă a intra în detalii tehnice care se cuvine să fie incluse mai degrabă într-un manual de psihoterapie, decât într-o lucrare referitoare la interviul clinic. Prin urmare nu ne vom ocupa de tehnici specifice precum decon condiționarea, desensibilizarea, restructurarea cognitivă etc.

Considerăm că este util să ne centram pe interviul de evaluare cognitiv-comportamentală deoarece acesta se înscrie în obiectivul nostru general – utilizarea interviului pentru producerea de informații necesare evaluării, cercetării și intervenției.

Interviul de evaluare are un rol important în demararea procesului terapeutic. În mod frecvent pacientul prezintă o arie problematică nediferențiată. Terapeutul ajută la clarificarea și diferențierea problemelor, reducând astfel dificultățile la proporții abordabile, fapt cu importante consecințe asupra implicării pacientului în procesul terapeutic, care începe să creadă că schimbarea este posibilă.

Procesul evaluativ se va centra pe ceea ce poate fi schimbat și pe formarea unor așteptări rezonabile în legătură cu terapia. În timpul evaluării, pacientul ajunge la o imagine diferită despre problemele sale: unele modificări comportamentale pot fi anticipate – cunoscându-le cauzele – și, prin urmare, pot fi controlate. O funcție importantă a evaluării este și aceea de a stabili dacă se impune vreo măsură de urgență (de pildă, în ce măsură există riscul unui comportament suicidal la un pacient depresiv).

În afara interviului, TCC utilizează și alte metode de evaluare: autoobservarea, completarea de chestionare și rapoarte, obținerea de informații de la persoanele apropiate pacientului, observarea directă a comportamentului în mediul clinic etc.

Interviul de evaluare cognitiv-comportamentală este, în general, un interviu semistructurat și implică din partea terapeutului atitudine și comportamente specifice abordării clinice, așa cum au fost ele prezentate în secțiunile anterioare.

Vom prezenta în continuare ghidul de interviu de evaluare cognitiv-comportamentală propus de J. Kirk (1991). (Vezi figura nr. 1.)

Ghidul de interviu de evaluare cognitiv-comportamentală (J. Kirk)

1. Scurtă descriere a problemei

2. Dezvoltare:

- factori precipitanți
- evoluție în timp
- factori predispozanți

3. Descrierea problemei în termeni:

– comportamentali

– cognitivi

– afectivi

– fiziologici

Ce ?

Când ?

Unde ?

Cât de des ?

Cu cine ?

Cât de stresant ?

Cât de brusc ?

Ghidul de interviu de evaluare cognitiv-comportamentală (J. Kirk)**4. Variabile de context și modulatorii :**

- situaționale
- comportamentale
- cognitive
- afective
- interpersonale
- fiziologice

5. Factori de menținere :

- situaționali
- comportamentali
- cognitivi
- afectivi
- interpersonali
- fiziologici

6. Comportamente de evitare**7. Resurse de adaptare și control, alte resurse****8. Istoria medicală și psihiatrică****9. Tratamente anterioare :**

- răspuns
- medicație curentă

10. Credințe despre problemă**11. Angajare, motivație****12. Situație psihosocială :**

- familie
- relații psihosexuale
- condiții de locuit
- ocupație
- relații sociale
- pasiuni, interese

13. Formularea preliminară a evaluării în termeni cognitivi comportamentali.

*Figura nr. 1. Ghidul de interviu de evaluare cognitiv-comportamentală
(cf. J. Kirk, 1991)*

În cele ce urmează, vom expune câteva considerații referitoare la punctele principale ale acestui ghid de interviu.

1. Etapa inițială. Scurtă descriere a problemei. Ascultarea activă a pacientului favorizează încă din primele momente stabilirea unei bune relații terapeutice. De cele mai multe ori, pacienții își planifică, din timp, ceea ce au de gând să spună terapeutului ; a nu-i asculta înseamnă a le induce anumite frustrări și a le da un semnal negativ privind capacitatea noastră de a-i înțelege. Este posibil ca pacientul să ne dea și informații inutile

în această etapă. Oricum, relatarea lui ne informează despre cadrele de referință interne, care dau sens problemelor lui (explicații cauzale, soluții așteptate etc.) și care l-au determinat să se prezinte la noi.

Terapeutul rezumă și reformulează ceea ce-i spune pacientul, dovedindu-i că a înțeles corect problema și-l încurajează, verbal și non-verbal, să exploreze diverse aspecte ale problemelor sale. În cazul în care pacientul are dificultăți în descrierea problemelor sale, îi putem adresa întrebări precise: momentul apariției problemei, împrejurări, simptome, schimbări în viața lui de când a apărut problema, soluții încercate până în prezent etc.

În această etapă, care durează 5-10 minute, este necesară doar o schiță generală a problemei. Terapeutul reține informații despre antecedentele posibile și factorii de menținere, pentru a le utiliza mai târziu în interviu. Este util să se furnizeze pacientului un rezumat al problemei și să se obțină un feedback privind corectitudinea lui. Când sunt prezentate mai multe probleme, terapeutul și pacientul vor colabora pentru a stabili asupra căreia dintre ele se va centra inițial intervenția.

2. Dezvoltarea problemei. Deoarece incursiunea în trecutul pacientului se realizează doar pe dimensiunile relevante pentru problema abordată, această etapă este mult mai scurtă decât în alte terapii.

Debutul problemei poate fi ușor de determinat – de pildă, fobia de a conduce automobilul, determinată de un accident – sau, dimpotrivă, pacientul a conștientizat gradual că are anumite probleme (de pildă, neînțelegeri repetate la serviciu pentru a ajunge la concluzia că are dificultăți de stabilire a unor relații ierarhice). În acest din urmă caz este utilă trecerea în revistă a unor evenimente tipice de viață: boală, moartea unor persoane apropiate, ruperea unor relații, mutatul în altă casă sau în altă localitate etc.

Cu privire la *evoluția problemei*, trebuie să ne întrebăm: *problema a evoluat constant, s-a agravat, a avut fluctuații?*; *de ce solicită tocmai acum ajutor?* (motivul solicitării ajutorului poate să evidențieze informații deosebit de utile). Pentru înțelegerea evoluției problemei și stabilirea unor eventuale relații cauzale, este utilă punerea într-o relație cronologică a momentelor principale în evoluția problemei cu principalele evenimente din viața individului. Uneori, este util să evidențiem faptul că evenimentele care au declanșat problema nu mai există, aceasta fiind întreținută de alți factori. Întrebări de forma: „Ce anume a fost dificil pentru tine în situația respectivă?”, „Cum ai reușit să rămâi calm într-o astfel de situație?” pot produce informații suplimentare utile.

Factorii predispozanți trebuie căutați în istoria familială, în caracteristicile de personalitate – de pildă, labilitatea emoțională –, atitudinile unor persoane semnificative din jurul pacientului (de pildă, atitudinea părinților față de sex ar putea influența apariția frigidității etc.).

3. Descrierea problemei sau analiza funcțională. Scopul acestei etape este acela de a găsi răspunsuri la următoarele întrebări: „Cum se menține problema?”, „Care este locul problemei în viața pacientului?”, „Care este utilitatea problemei pentru pacient?”.

Fiecare problemă poate fi descrisă în termenii a ceea ce O'Leary și Wilson (1975) au numit A – B – Cs, respectiv Antecedente – Comportamente/Credințe – Consecințe. Fiecare din acești factori crește sau descrește probabilitatea apariției problemei. Schimbarea terapeutică poate fi declanșată prin intervenții fie la nivelul antecedentelor, fie la nivelul comportamentelor și consecințelor, fie la cel al consecințelor. Vom prezenta, mai târziu, câteva modele de analiză funcțională care utilizează în principal acest tip de raționament.

Interviul pe care îl prezentăm acum pune accent mai degrabă asupra analizei contextului în care se manifestă problema.

Nu întotdeauna pacientul poate realiza o descriere detaliată a problemei sale; în acest caz este util să-l invităm să ne descrie cel mai recent eveniment-problemă. Dacă această descriere întâmpină dificultăți, putem apela la tehnica imageriei mentale – pacientul închide ochii, își imaginează scena trăită și ne descrie evenimentul, inclusiv ce a simțit și a gândit. Pentru fiecare problemă, terapeutul trebuie să ajungă la o imagine clară privind: natura problemei (când, unde, cât de des și cu cine se manifestă); cât de stresantă este, cât de brusc se instalează.

4. Variabile de context și modulatorii. Evaluarea variabilelor de context este necesară pentru că planul de tratament include deseori influențarea contextelor în care problema apare (de pildă – fumatul *numai* la cafea; creșterea senzației de foame – pentru bulimici – când trec pe lângă un restaurant sau când intră în bucătărie etc.). Uneori pacientul nu este conștient de aceste variabile; în acest caz se prescrie realizarea unui jurnal pe baza autoobservării zilnice.

Întrebările terapeutului vizează în această etapă a interviului identificarea situațiilor și comportamentelor care pot declanșa comportamentul-simptom. Identificarea factorilor cognitivi este mai dificilă decât a celor externi (situaționali, comportamentali), deoarece pacienții au tendința de a face atribuiri externe pentru problemele lor și, pe de altă parte, ei acordă o mică atenție gândurilor care le trec prin minte înainte sau în timpul situației-problemă. Identificarea gândurilor disfuncționale este un moment important în orice terapie cognitivă.

Alți pacienți sunt pe deplin conștienți de faptul că gândurile lor joacă un rol major în apariția simptomului, se blamează, dar consideră situația lor fără speranță. În acest caz putem evidenția posibilitatea realizării unui anume control asupra simptomului, din moment ce cunoaștem cauza lui.

Stările afective pot favoriza, și ele, apariția simptomului. Depresia și anxietatea sunt cele mai frecvente, dar și alte stări precum iritabilitatea, excitarea, veselia pot fi relevante. De pildă, frigiditatea se poate manifesta mai intens în stări de depresie; în acest caz terapia va viza diminuarea stărilor depresive.

Relațiile interpersonale, comportamentul membrilor familiei și al altor persoane semnificative pot avea un efect notabil asupra problemei. De pildă, criticismul exagerat al unei persoane apropiate poate accentua apariția ticurilor sau a unor ritualuri obsesive, după cum prezența unui copil poate facilita un răspuns controlat din partea unui adult fobic. Credințele membrilor familiei privind natura bolii (*fizică/psihică, curabilă/incurabilă* etc.) sunt deosebit de importante pentru desfășurarea terapiei.

Și factorii fiziologici sunt elemente importante ale contextului în care se manifestă problema. De pildă, palpitațiile pot crește anxietatea unui pacient centrat asupra funcționării cardiace, iar hiperventilația, respirația în exces, declanșează o serie de manifestări fiziologice cu un impact deosebit asupra trăirilor anxioase. Există și factori fiziologici generali care pot fi puși în relație cu comportamentul-simptom: oboseala, fazele ciclului menstrual, consumul de cafea sau alcool etc.

Terapeutul trebuie să știe permanent că identificarea indicatorilor menționați este utilă doar în măsura în care obține un feedback pozitiv din partea pacientului privind natura și rolul lor în manifestarea simptomelor. În caz contrar, pacientul nu va adera la

nici un program terapeutic care își propune să influențeze factori care, pentru el, nu au nici o relevanță în raport cu problema sa.

5. Factori de menținere. Interviu trebuie să se focalizeze asupra consecințelor imediate ale problemei comportamentale. Teoriile învățării care fundamentează intervențiile cognitiv-comportamentale au evidențiat, într-o manieră indubitabilă, faptul că orice comportament urmat de consecințe neplăcute are o mai mică probabilitate de a se repeta, în timp ce comportamentele urmate de evenimente plăcute au o mai mare probabilitate de a se manifesta în viitor. Consecințele care mențin problema trebuie identificate în domenii deja menționate în schema inițială: situațional, comportamental, cognitiv, afectiv, interpersonal și fiziologic. Consecințele imediate sunt mult mai importante decât cele îndepărtate, deoarece au un afect motivațional mult mai mare asupra individului.

6. Evitarea. Evitarea și, implicit, scăderea în intensitate a unor emoții stresante este, frecvent, unul din efectele imediate ale problemei comportamentale și, deseori, cel mai important factor de menținere. Multe planuri de tratament vor include etape de depășire a evitării și, de aceea, terapeutul va solicita o descriere detaliată a ceea ce este evitat. Discutarea *evitării pasive* poate fi începută cu o întrebare generală de forma: „Ce lucruri ați încetat să mai faceți, ce locuri ați încetat să mai vizitați din cauza problemei?”. *Evitarea activă* poate fi abordată prin întrebări de tipul: „Sunt lucruri pe care ați încetat să le faceți sau le faceți altfel din cauza problemei?” sau „Ce ați înceta să mai faceți dacă problema ar dispărea?”.

Dacă problema este cronică, pacientul poate să nu mai conștientizeze evitarea. În astfel de cazuri, întrebările utile pot lua forma următoare: „Cum *altfel* ar fi viața dumneavoastră dacă nu ar exista problema?” sau „Într-o lume ideală, unde problema dumneavoastră nu ar mai exista, ce anume ați face din ceea ce nu puteți face acum?”.

Uneori pacienții ajung la *evitări subtile*; de pildă, o persoană cu sociofobie nu evită contactul cu ceilalți, dar evită contactul vizual.

Consecințele îndepărtate pot fi abordate dacă felul în care pacientul descrie evitățile sale ne conduce la ideea că problema prezentată ar putea fi parte a unei dificultăți generale. În acest caz putem întreba: „Există vreo modalitate generală în care viața dumneavoastră s-ar schimba dacă nu veți mai avea mult timp această problemă?”. Răspunsurile obținute ar putea să ne conducă la obiective mai îndepărtate, în plan personal, familial, profesional (de natură psihologico-afectivă, comportamentală, materială, interpersonală etc.). Aceste informații trebuie avute în vedere în momentul formulării preliminare a problemei.

7. Resurse de adaptare și control, alte resurse. Fiecare persoană își rezolvă problemele în felul său, iar în strategia adoptată apelul la resursele proprii sau ale persoanelor apropiate variază de la persoană la persoană. Este util ca terapeutul să identifice cum anume s-a descurcat pacientul în situații similare – pentru a evidenția orice capacitate demonstrabilă de autocontrol și deprinderile concrete care au fost utilizate. Întrebări de forma: „Aș fi interesat să știu ce faci pentru a te ajuta să-ți controlezi problema, chiar dacă aceasta are un efect foarte mic. Puteți să-mi spuneți ce lucruri ați găsit utile pentru dumneavoastră?”.

Interviu poate viza identificarea atât a resurselor din mediul socio-profesional și familial (de pildă, sprijinul soțului/soției, un serviciu care îi oferă satisfacții, posesia unui automobil care-i favorizează deplasările rapide etc.), cât și a resurselor personale

care pot favoriza schimbarea (sensibilitate, bună capacitate de învățare, stabilitate etc.), dar și a altor capacități precum simțul umorului, voința de a tolera disconfortul, perseverența etc.

8, 9. Istoria medicală și psihiatrică anterioară. Descrierea unor episoade similare, atitudinea pacientului cu privire la felul în care s-a adaptat la acestea, tratamentele urmate, gradul de complianță la tratament și efectele acestuia sunt deosebit de utile pentru stabilirea strategiei terapeutice prezente. Amintim, cu această ocazie, necesitatea de a evita „terenul minat al soluțiilor deja încercate” (Watzlawick) atunci când proiectăm noua strategie terapeutică.

10. Credințe despre problemă și tratament. Există o mică șansă ca pacientul să se angajeze în terapie dacă demersul pe care terapeutul îl propune nu este congruent cu credințele lui despre natura problemei. Este important ca terapeutul să afle cum a ajuns pacientul la el: credințele celui care a orientat pacientul spre psihoterapie pot influența atitudinile, motivația, credințele pacientului. Este trimis de un alt pacient care a urmat cu succes o psihoterapie, este trimis de un medic sau de persoane apropiate lui?

II. Angajarea în tratament. Majoritatea terapilor cognitiv-comportamentale necesită un nivel crescut de implicare din partea pacientului; sarcinile privind automonitorizarea și completarea unui jurnal zilnic, aplicarea sistematică a unor tehnici nu pot fi duse la bun sfârșit fără o motivație deosebită din partea pacientului. De aceea terapeutul trebuie să exploreze dorința de schimbare a pacientului, să corecteze orice idee greșită despre terapie care ar putea influența ulterior implicarea acestuia în relația terapeutică. Un predictor util privind motivația de participare a pacientului la terapie este raportul dintre stresul sau dezavantajele asociate problemei și inconvenientele rezultate din participarea la terapie. Acest raport nu este stabil, el evoluează pe durata terapiei și, evident, terapia va înceta în momentul în care beneficiile terapiei vor fi mult mai mici decât investiția de timp, efort și bani realizată de pacient.

Oricât de repede progresează pacientul în rezolvarea problemelor sale, evoluția lui nu este, de foarte multe ori, atât de rapidă pe cât își dorește. Totuși, se poate întâmpla ca, după un progres rezonabil, pacientul să întrerupă aplicarea prescripțiilor terapeutice, să nu-și mai efectueze „temele pentru acasă”. În cazul în care pacientul nu-și realizează „temele” pe care le are de făcut între ședințele de terapie, terapeutul trebuie să identifice cauzele acestui fapt. Pentru aceasta, terapeutul trebuie să-și pună câteva întrebări: „Tema pentru acasă a fost doar sugerată sau expusă explicit? Realizarea temei a fost verificată de fiecare dată la începutul ședinței de terapie sau nu? (dacă tema este verificată doar ocazional, pacientul o percepe ca fiind fără o prea mare importanță). Pacientul a înțeles argumentele care fundamentează necesitatea realizării temelor pentru acasă sau nu?”

Dacă tema pentru acasă a fost corect și explicit formulată, neefectuarea ei se poate datora fie faptului că pacientul nu crede în relevanța ei în raport cu obiectivele terapiei, fie nu crede în capacitatea lui de realizare a temei. În ambele cazuri, terapeutul trebuie să acționeze într-o manieră adecvată pentru corectarea acestor credințe sau pentru reformularea temei.

12. Situația psihosocială a pacientului. Adoptând modelul psihiatric, medical sau psihanalitic, pacienții se așteaptă să fie invitați să povestească în detaliu despre viața lor. Terapia cognitiv-comportamentală este centrată îndeosebi pe situația prezentă și, de aceea, în general, terapeuții descurajează subtil pacienții care încep să vorbească prea

mult despre trecutul lor ; alți terapeuți utilizează chestionare standardizate pentru obținerea rapidă a unor date precise privind aspectele socio-demografice ale pacientului, informații referitoare la religie, sexualitate, sănătate, educație etc.

13. Formularea preliminară. În acest stadiu al interviului, terapeutul trebuie să poată furniza pacientului o formulare preliminară a problemei sale. Aceasta va cuprinde, într-o manieră sintetică, o scurtă descriere a problemei, o explicație privind evoluția acesteia (factori predispozanți și precipitanți, resurse etc.) și o prezentare a factorilor care favorizează menținerea acesteia.

Este foarte important ca pacientul să nu fie supraîncărcat cu informații și să i se ofere posibilitatea de a da terapeutului un feedback privind corectitudinea formulării. O regulă utilă este și aceea ca terapeutul să folosească un vocabular accesibil pacientului și să se exprime mai degrabă în propoziții scurte decât în fraze lungi.

Este posibil ca formularea cu care se încheie primul interviu să evidențieze nevoia obținerii ulterioare de informații suplimentare fie prin autoobservare fie din alte surse. De asemenea, terapeutul poate amâna formularea problemei până când aceste informații vor fi obținute.

Terapeutul trebuie să nu uite niciodată că această primă formulare nu este altceva decât o ipoteză de lucru care poate fi modificată în orice stadiu al terapiei, în funcție de noile informații obținute.

6.3. Tehnici specifice interviului de evaluare cognitiv-comportamentală

Interacțiunea verbală în cursul interviului cognitiv-comportamental implică atât tehnicile generale de formulare a întrebărilor, de ordonare a acestora și de realizare a unui control adecvat al situației de interviu, dar și tehnici specifice. Vom prezenta, în continuare, tehnicile specifice interviului în TCC, așa cum sunt ele rezumate de C. Mirabel-Sarron și B. Riviere (1993).

• *Proceduri generale : colaborarea și comprehensiunea reciprocă*

- terapeutul lucrează cu pacientul, adoptând un rol educativ ;
- terapeutul și pacientul își furnizează reciproc mesaje tip feedback ;
- terapeutul solicită sugestii ;
- pacientul propune sugestii sau alternative ;
- terapeutul răspunde la feedbackul pacientului și la sugestiile lui ;
- terapeutul verifică periodic aspectele importante care apar în discursul pacientului : „Vreți să spuneți că... ? ”
- terapeutul realizează periodic rezumatul aspectelor importante pentru a se asigura de existența unei înțelegeri corecte.

• *Stabilirea agendei ședinței (cu excepția primei ședințe) :*

- pacientul și terapeutul stabilesc împreună agenda viitoarei ședințe de terapie ;
- subiectele incluse pe agendă vor fi formulate într-o manieră specifică și se vor referi la un domeniu precis ;

- agenda ședinței va fi organizată în funcție de priorități ;
- agenda va fi adaptată în funcție de timpul necesar desfășurării ședinței.

• *Reacțiile obținute în timpul ședinței :*

- feedback cu privire la ședința precedentă.

• *Un timp terapeutic eficient structurat :*

- terapeutul va aborda majoritatea subiectelor incluse în agendă și replanifică sarcinile neefectuate ;
- terapeutul este suficient de flexibil pentru a integra elemente importante neprevăzute în agendă.

• *Centrarea asupra problemei adecvat stabilite :*

- terapeutul identifică problemele specifice care urmează să fie abordate ;
- problemele alese sunt esențiale pentru pacient ;
- problema care constituie principala sursă de disconfort pentru pacient este abordată cu atenție ;
- terapeutul își consacră timpul unui număr de 1-2 probleme, evitând să treacă rapid prin prea multe subiecte.

• *Formularea întrebărilor și adresarea lor :*

- terapeutul își orientează întrebările competent, pentru a evidenția elementele clinice, experiența prezentă și trecută ;
- utilizează întrebări deschise ;
- utilizează la minimum întrebări închise ;
- nu adresează întrebările într-un ritm rapid, lăsând suficient timp pentru reflecție ;
- utilizează exemple care ilustrează propunerile sale ;
- utilizează întrebări pentru a ajuta pacientul să exploreze diferite aspecte ale unei probleme ;
- utilizează întrebări pentru a evalua certitudinile și predicțiile pacientului ;
- întrebările puse permit apariția unor soluții diverse la problema pacientului ;
- întrebările permit anticiparea consecințelor pozitive și negative ale unei acțiuni.

• *Terapeutul furnizează periodic pacientului formulări rezumative :*

- terapeutul reformulează cu regularitate problemele asupra cărora s-a lucrat în timpul ședinței ;
- terapeutul explică tehnicile specifice care vor fi utilizate pentru rezolvarea unei probleme anume ;
- terapeutul rezumă progresele realizate în legătură cu problemele identificate.

• *Prescripțiile „temelor pentru acasă” :*

- terapeutul trece în revistă sarcinile, temele prescrise pentru săptămâna în curs.

6.4. Modele de analiză funcțională în TCC

După cum am văzut și din prezentarea anterioară a ghidului de interviu, obiectivul principal al terapeutului este acela de a obține informații care să permită elaborarea unor ipoteze privind factorii de apariție și menținere a comportamentelor-problemă ale pacientului. Analiza pe care o permite un astfel de interviu este „funcțională” deoarece își propune să precizeze cât mai clar posibil funcția pe care o are comportamentul-problemă în sistemul psiho-comportamental al pacientului. Analiza funcțională propune modele interactive care relaționează comportamentul-problemă de cognițiile și emoțiile pacientului, ca și de antecedentele și consecințele sale.

Alăturăm, în rândurile care urmează, analizei funcționale realizate cu ajutorul ghidului de interviu deja prezentat și alte modele de analiză.

a) Modelul SORC. Este cel mai simplu model, dar care descrie, într-o manieră evidentă, principiile de bază ale terapiei comportamentale, așa cum au fost ele prezentate de unul dintre fondatorii săi – B.F. Skinner. (Vezi figura nr. 2.)

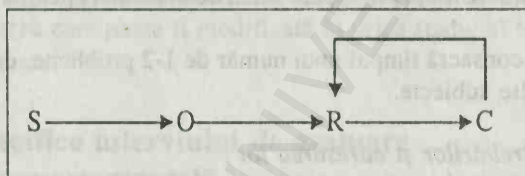


Figura nr. 2

S: stimulul; de exemplu, pentru pacientul X, faptul de a se afla singur într-un loc public aglomerat.

O: organismul și ceea ce se petrece în interiorul său (emoții, cogniții, reacții fiziologice); în exemplul nostru, pacientul X trăiește o anxietate intensă.

R: răspunsul; pacientul X va începe să caute, într-o stare de agitație, o persoană cunoscută (soțul, soția etc.) care îl securizează.

C: consecințe; anxietatea pacientului scade imediat ce găsește persoana căutată, ritmul cardiac se normalizează etc.

În această situație, *consecința* (scăderea anxietății) va întări pozitiv *răspunsul* (căutarea unui ajutor extern), adică îi va mări frecvența. Această formulare îi va permite terapeutului să stabilească strategia terapeutică gândind în termenii consecințelor: vindecarea de agorafobie ar avea drept consecințe contacte mai scăzute cu persoana apropiată respectivă (soț/soție, prieten etc.), respectiv trăirea unui sentiment de abandon.

b) Modelul BASIC IDEA. Acest model a fost propus de Lazarus în 1976 și a fost completat de Cottraux în 1985 cu ultimele două litere ale acronimului, E și A. Inițialele au următoarele semnificații:

- **B** pentru „behaviour” (comportament) – comportamentul observabil al pacientului, cel pentru care solicită ajutor terapeutului;
- **A** pentru „affect” – emoții precum anxietatea, tristețea, vinovăția etc.;

- *S* pentru „senzații” – senzațiile corporale, în general semnele neurovegetative ale manifestărilor depresiv-anxioase (tahicardie, amețeli, paretezii etc.);
- *I* pentru „interpersonal” – calitatea, numărul și stilul relațiilor interpersonale ale pacientului;
- *C* pentru „cogniții” – așa cum apar ele în monologul interior al pacientului („Sunt un nimeni”, „Dacă voi eșua va fi o catastrofă” etc.);
- *I* pentru „imagerie” – acest item sugerează necesitatea de a explora atât imaginea mentală habituală a pacientului (de pildă, imaginea scenelor umilitoare, referitoare la insucces – la un pacient deprimat), dar și capacitatea sa de a produce aceste imagini, fapt care va promite alegerea unor tehnici precum desensibilizarea în plan imaginar;
- *D* de la „droguri” (medicamente) – terapeutul va evalua impactul pe care substanțele psihotrope terapeutice sau neterapeutice îl au asupra comportamentului pacientului (alcoolul la o persoană cu anxietate socială, antidepresivele la un pacient obsesional etc.);
- *E* pentru „expectații” – ceea ce așteaptă pacientul de la terapie, așteptările și rezervele sale. Deoarece au un impact major asupra terapiei, ele trebuie cunoscute pentru a fi stimulate sau modificate;
- *A* pentru „așteptări” – de data aceasta este vorba despre așteptările terapeutului: ce anume așteaptă de la terapie? Pentru a răspunde la această întrebare, terapeutul trebuie, pe de o parte, să evalueze problemele pacientului, iar pe de altă parte, să fixeze, în raport cu acestea, obiective terapeutice foarte clare.

c) Grila SECCA. Această grilă a fost propusă de Cottraux (1985, 1990) și ea vizează următoarele elemente:

Tabelul nr. 1 – *Grila SECCA – analiza funcțională diacronică*
(cf. Cottraux, 1990, pp. 73-74)

Diacronie	
1. Date structurale posibile:	
- genetice...	
- de personalitate...	
2. Factori istorici de menținere posibili...	
3. Factori declanșatori inițiali invocați...	
4. Evenimente precipitante ale tulburărilor...	
Alte probleme:	Tratamente anterioare:
-	-
-	-
-	-
-	-
-	-

S – stimul, situație

C – cogniții (gânduri, imagini mentale, sisteme de credințe)

E – emoție

C – comportament

A – anticipare

Această grilă cuprinde o parte sincronică (actuală), care permite analiza unei secvențe comportamentale: situație – emoție – cogniție – comportament – anticipare și relațiile acestor elemente cu anturajul social al pacientului. Pe de altă parte, grila SECCA permite și o abordare istorică a pacientului. Schemele care urmează permit o mai bună înțelegere a aspectelor sincronice și diacronice ale analizei funcționale realizate cu această grilă. (Vezi tabelul nr. 1 și figura nr. 3.)

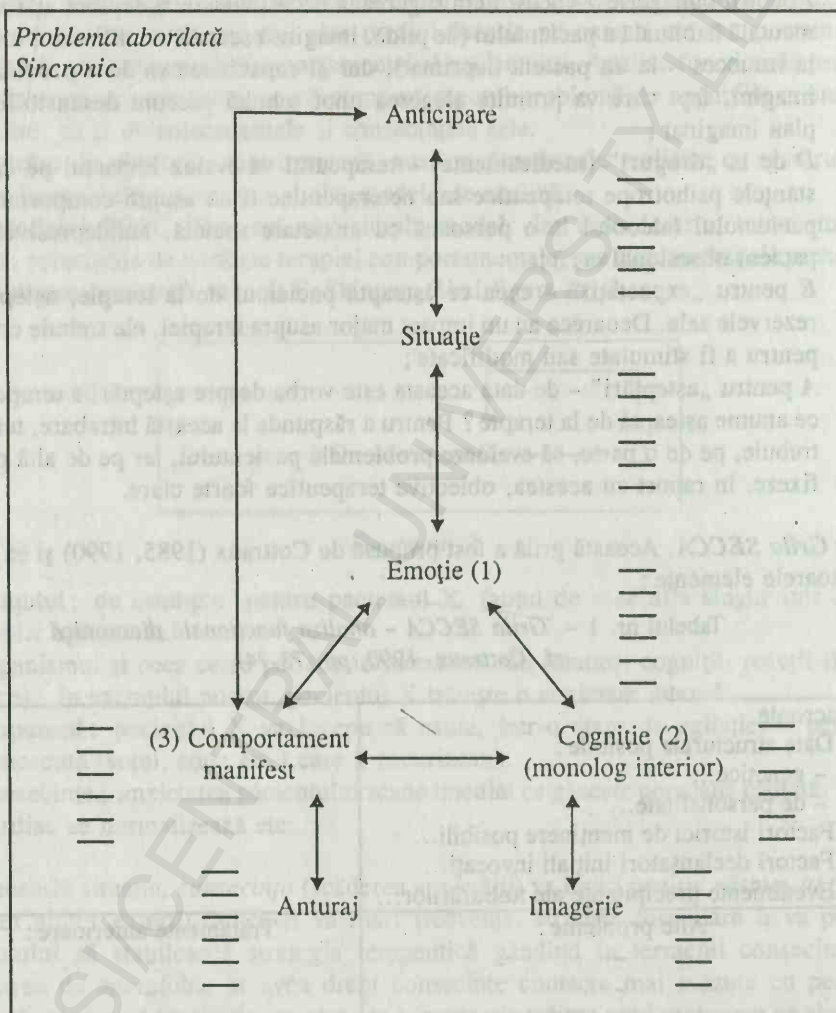


Figura nr. 3 – Grila SECCA – analiza funcțională sincronică
(cf. Cottraux, 1990, pp. 73-74)

6.5. Caracteristicile interviului clinic destinat analizei funcționale în TCC

O retrospectivă asupra ghidului de interviu prezentat, asupra tehnicilor de interacțiune verbală pe care acesta le implică, precum și asupra modelelor de analiză funcțională ne permite să desprindem câteva caracteristici:

a) *Caracterul directiv*. Interviu este orientat spre culegerea unor informații precise privind comportamentele-problemă ale pacientului:

- durata comportamentului-problemă?
- unde?
- când?
- cum?
- frecvența?
- cu cine sau cu ce?
- ce anume precedă comportamentul-problemă?
- ce anume diminuează comportamentul-problemă?
- ce amplifică problema comportamentală?
- ce inhibă comportamentul-problemă?

Aceste întrebări vizează principalele relații între mediu și comportament.

b) *Caracterul experimental*. Informațiile solicitate au ca scop formularea unei ipoteze de lucru privind apariția, dezvoltarea și menținerea problemei, precum și strategia terapeutică. Aceste informații conduc la un acord privind obiectivele terapiei și rezultatele concrete ale acesteia.

c) *Căldura afectivă, ascultarea activă, toleranța, empatia și obiectivitatea* sunt, în mod frecvent, calități pe care terapeutul le manifestă în situația de interviu.

d) Terapeutul își propune să *stimuleze asumarea de către pacient a unui rol activ* în raport cu problemele sale. Terapeutul precizează, cu fiecare ocazie, că acestea sunt reversibile și stimulează la pacient un comportament asertiv, combate credințele iraționale, îndeosebi cele referitoare la atotputernicia trecutului asupra prezentului („Orice învăț are și dezvăț!”) și cele cuprinse în monologurile interioare („Nu voi ajunge nicăieri!”, „Nu valorez nimic!”).

e) În relația cu pacientul, *terapeutul se centrează pe aici și acum*. Prezentul este cel care face obiectul analizei și intervenției, deși trecutul nu este total neglijat. Se pot căuta factori declanșatori, situații traumatiche repetitive..., dar cercetarea trecutului este strict subordonată modificării prezentului.

f) *Accent pe motivație*. Este vorba despre motivația ambilor actori sociali – terapeut și pacient. Clarificarea așteptărilor acestora are ca efecte promovarea unei atitudini active din partea pacientului, definirea unei ipoteze de lucru eficiente și punerea în act a unui demers terapeutic într-un climat relațional pozitiv.

7. Interviuul centrat pe obiective și soluții – în consiliere și psihoterapie

În mod tradițional, terapia s-a orientat îndeosebi asupra trecutului, căutând în copilăria clientului originea simptomelor/problemelor sale actuale. După 1960, o dată cu dezvoltarea terapiei comportamentale, a gestaltterapiei și terapiei familiale etc., centrul atenției terapeuților a devenit prezentul „aici și acum”. Se consideră din ce în ce mai evident că angajarea într-un travaliu de „arheologie psihologică” face din psihoterapie un proces lung, costisitor, speculativ și cu rezultate incerte.

Astăzi terapia este pe cale să-și schimbe țința temporală a analizei și intervenției, trecând de la focalizarea asupra prezentului la centrarea pe viitor. Această orientare nu se interesează de felul în care au apărut simptomele, nici chiar de factorii care întrețin aceste simptome, ci se concentrează îndeosebi asupra mijloacelor de rezolvare a acestora, pe obiective și soluții.

Terapia centrată pe soluții și pe viitor își are originile în lucrările lui Milton Erickson, echipa terapeutică a Institutului de Cercetări Mentale (Mental Research Institute – „MRI”) de la Palo Alto și echipa Centrului de Terapie Familială Scurtă (Brief Family Therapy Center), condusă de Steve de Shazer.

7.1. Principalele caracteristici ale terapiilor scurte

Nu există un acord unanim cu privire la definirea *terapiilor scurte*. Eckert (1993) definea terapia scurtă ca fiind „orice intervenție psihologică ce își propune să producă o schimbare cât mai repede posibil, indiferent dacă este stabilit dinainte un termen limită sau nu”. Malan (1976), din perspectiva tradiției psihodinamice, utilizează acest termen pentru o terapie ce cuprinde între 4 și 50 de ședințe, în timp ce Ryle (1991) propune un model de terapie cognitivă scurtă în 16 ședințe. Răspunzând la o posibilă întrebare „Cât de scurtă poate fi o terapie scurtă?”, o serie de autori (Talmon, 1990; Manthei, 1996 etc.) argumentează eficiența unei terapii într-o singură ședință.

Deși nu există un acord unanim privind numărul de ședințe, există un larg consens în ceea ce privește principalele caracteristici ale terapiilor scurte, unele dintre acestea fiind definitorii și pentru terapia centrată pe soluții.

Între aceste caracteristici menționăm (Barret-Kruse, 1994; Koss & Butcher, 1986):

- ideea că fiecare persoană posedă resursele necesare rezolvării problemelor cu care se confruntă;
- acceptarea definiției pe care clientul o dă problemei sale;
- formarea alianței terapeutice cât mai repede posibil;
- succesul este atribuit clientului; terapeutul nu face altceva decât să creeze un cadru care să-i permită clientului să identifice și să utilizeze resursele pe care le are;
- terapeutul învață de la client;
- evitarea angajării clientului la un efort deosebit (în caz contrar, beneficiile terapiei ar fi mai mici decât „investițiile” clientului);

- obiectivarea, descrierea, mai degrabă decât personalizarea comportamentului clientului (în caz contrar s-ar putea ajunge la culpabilizarea acestuia);
- centrarea pe „aici și acum”;
- existența unor obiective clare, specifice și tangibile în timpul disponibil;
- asumarea de către terapeut a responsabilității de a influența clientul într-o manieră evidentă, deschisă.

O parte a acestor caracteristici vor fi analizate în detaliu, cu ocazia prezentării principiilor fundamentale ale terapiei centrate pe soluții (TCS). Acum, pentru ca cititorul să sesizeze mai bine caracterul inovativ al terapiilor scurte, vom aminti câteva din afirmațiile fundamentale ale terapiei tradiționale (lungi):

1. *Simptomele sunt expresia unor cauze profunde*; mulți terapeuți subscriu la ideea că majoritatea problemelor sunt determinate de cauze profunde, inaccesibile unui observator neantrenat. Problemele sau simptomele sunt percepute ca fiind doar partea vizibilă a unui aisberg psihologic; chiar termenul de „simptom” implică ideea că plângerile și acuzele inițiale ale persoanei nu sunt problema „reală” a persoanei, ci expresia a ceva implicit, mai profund. Metafora aisbergului este în acord cu perspectiva medicală conform căreia *bolile* se exprimă prin simptome specifice, iar a te limita doar la tratarea simptomelor s-ar putea dovedi insuficient sau chiar periculos. Această idee a fost preluată de unele școli psihopatologice și psihoterapeutice. În acord cu această idee, multe terapii încearcă să rezolve dificultățile propunând clienților o cunoaștere conștientă a naturii și originii problemelor lor. Se consideră, astfel, că experiențele traumatice primare, infantile, trebuie treptat și în întregime descoperite și conștientizate.

2. Este cunoscută tendința de a afirma că *există o relație necesară între problemă și soluția sa*, că soluția trebuie să fie oarecum asemănătoare problemei. Dacă, de exemplu, clientul are o problemă care durează de mult timp, pare normal să se considere ca și soluția să apară într-un interval de timp comparabil; dacă problema este complexă, atunci și soluția trebuie să fie la fel de complexă.

Terapiile scurte și îndeosebi terapia centrată pe soluții demonstrează că pacientul poate fi ajutat, fără a fi nevoie de o explorare în profunzime a problemei și că procesul de construcție a soluției poate fi separat de procesul construcției problemei.

3. *Asociațiile dintre evenimente sunt deseori percepute ca relații cauzale*. Or, în domeniul deosebit de complex al psihologiei, relațiile cauzale sunt greu, dacă nu chiar imposibil de dovedit. Astfel, în cazul unui pacient depresiv, ne putem întreba dacă depresia lui este cauzată de anumite predispoziții genetice, de faptul că a avut o copilărie nefericită, de lipsa unor abilități de relaționare socială și a unei imagini pozitive de sine, de șomajul prelungit etc. Cum putem acționa într-o astfel de situație? Asupra căror factori vom focaliza intervenția? Cum vom ști dacă analiza și intervenția noastră se realizează la profunzimea necesară? Multe terapii tradiționale văd succesiunea temporală ca o relație cauzală (*Post hoc, ergo propter hoc*), de aceea problemele prezente sunt considerate efecte ale trecutului, care trebuie analizat și conștientizat, integrat și asumat! După cum vom vedea, terapia centrată pe soluții adoptă modelul cauzalității circulare, în care prezentul este determinat în egală măsură de trecut și viitor și evidențiază faptul că imaginea despre viitor modelează acțiunile noastre prezente.

4. Se afirmă deseori *existența unei succesiuni temporale necesare a evenimentelor*. Astfel, se consideră că cineva va putea să rezolve o problemă dacă mai întâi ajunge la o

înțelegere completă a acesteia sau că rezultatele vor fi cu atât mai „adevărate”; cu cât sunt precedate de o investigație psihologică „mai profundă” etc. Fără a nega importanța înțelegerii și *insight*-ului, adepții terapiei centrate pe soluție afirmă că înțelegerea nu garantează schimbarea și că schimbarea nu garantează înțelegerea.

7.2. Principiile fundamentale ale terapiei centrate pe soluție

Până în prezent, majoritatea terapeuților au dezvoltat diverse modele de intervenție, pornind de la anumite principii sau întrebări inițiale. Cea mai frecventă întrebare care a generat modele terapeutice a fost „*Care este cauza problemei?*”. Punându-și această întrebare, terapeuții afirmă implicit că există o problemă bine definită și că există o cauză a ei care poate fi descoperită și descrisă. De asemenea, această întrebare este justificată și de credința că există o relație între cauză și rezolvarea problemei, respectiv înlăturarea cauzei conduce la rezolvarea problemei.

Există multe demersuri terapeutice care au la bază identificarea cauzelor: psihanaliza, behaviorismul, modelul psihiatric (care afirmă existența unor cauze organice) etc. Este surprinzător să constăți că, pentru aceeași problemă, fiecare „descoperă” alte cauze!

În ultima vreme s-a pus o nouă întrebare: „*Cum construim soluțiile?*”. Supozițiile acestei întrebări sunt (J.L. Walter, J.E. Peller):

- că există soluții;
- că există mai mult decât o singură soluție;
- că soluțiile sunt construibile;
- că *noi* (terapeut și client) putem face construcția;
- că *noi construim și/sau inventăm* soluții, mai degrabă decât le descoperim.

Terapia centrată pe soluție oferă un model coerent care ne permite să răspundem eficient la întrebarea „Cum construim soluțiile?”. Acest demers cuprinde, în linii mari, trei etape importante:

1. Definirea mai degrabă a ceea ce clientul vrea, decât a ceea ce el nu vrea.
2. Identificarea a ceea ce merge bine, funcționează și dezvoltarea de comportamente orientate în această direcție.
3. Dacă ceea ce face clientul nu conduce la soluție, atunci trebuie făcut altceva.

Deși simplă, la prima vedere, punerea în act a acestor etape nu este totdeauna ușoară deoarece:

- de cele mai multe ori pacientul se prezintă la terapie cu plângeri și acuze care exprimă ceea ce *nu vrea* să i se mai întâmple mai degrabă decât ceea ce vrea;
- investigația clinică cu scop diagnostic își propune, în mod tradițional, să evidențieze „mecanismele psihopatologice”, aspectele slabe, insuficiența și neputința clientului; educat în spiritul abordării medicale, conform căreia doar o bună cunoaștere a problemei poate conduce la o soluție eficientă, chiar pacientul va avea tendința să-și centreze discursul pe problemele lui, ignorând ceea ce merge și funcționează bine;

- oamenii devin ușor prizonierii „*soluțiilor care mențin problema*” (Watzlawick), care au la bază principiul multiplicării – a face mai mult din același lucru. E greu să facem ceva diferit când auzim mereu în jurul nostru: „Dacă nu ți-a reușit prima dată, încearcă, încearcă din nou, perseverează!”. Această conduită își are originea, spune P. Watzlawick, în credința stupidă că prima idee privind soluția care ne vine în minte este și cea mai bună; dacă nu am reușit, de vină este doar lipsa de efort, de implicare sau de aplicare corectă a soluției în practică!

Centrarea pe problemă, pe lipsuri și puncte slabe – intrucât evidențiază doar ceea ce nu merge și nu funcționează – nu ne spune nimic sau aproape nimic despre soluție, în timp ce focalizarea pe soluție înseamnă focalizarea pe *resurse*. De aceea mulți terapeuți care au adoptat modelul centrării pe soluție afirmă că informarea despre problemă nu este necesară și că, de fapt, ea poate fi eliminată în multe cazuri.

Practicarea terapiei și consilierii centrate pe soluție presupune abandonarea vechilor credințe cultivate de terapiile centrate pe problemă, dezvoltarea unei noi „filosofii” despre oameni și problemele lor și abordarea lor în spiritul unor noi principii. Vom analiza, în continuare, cele mai importante dintre principiile acestui demers terapeutic.

1. *Centrarea pozitivă, pe soluție și pe viitor, facilitează schimbarea în direcția dorită.* Clientul vine la consilier sau terapeut într-un moment dificil al existenței sale. Decizia de a apela la un specialist pentru rezolvarea problemelor sale nu a fost o decizie ușoară: mai întâi persoana din fața noastră a recunoscut că are o problemă, apoi, după un număr de încercări nereușite, a recunoscut că pentru rezolvarea problemelor lui este nevoie să apeleze la un specialist. Acest fapt trebuie subliniat în fața clientului: prezența la terapie implică curaj, sinceritate, capacitate de autorefecție, refuzul de a accepta pasiv greutățile și dificultățile vieții. Scott Peck afirma că pacienții nu sunt persoane slabe, „în căutarea unui tutore exterior”, ci „oameni care au decis să-și ia în serios destinul, oameni hotărâți să ducă o viață mai bună” (P. Traube, 2001, p. 16).

Centrarea pe problemă prezintă riscul amplificării și perenizării problemei. Povestindu-și toate insuccesele, dificultățile și renunțările sale, pacientul își alimentează o imagine negativă de sine, își diminuează sentimentul respectului de sine și capacitatea de autocontrol. Fiecare dintre noi trăiește nevoia unei imagini pozitive de sine în tranacțiile cu ceilalți (C. Rogers). Imaginați-vă deci ce simte un pacient când terapeutul îi cere să povestească în detaliu toate insuccesele și neputințele lui! Relația terapeutică devine puternic asimetrică, clientul „anormal” plasându-se într-o poziție pasivă, de subordonare, în fața terapeutului „expert” în problemele celorlalți! Explicațiile și interpretările terapeutului riscă să perenizeze problema, deoarece stabilesc o relație necesară între mecanismele psihopatologice evidențiate și problemele prezente ale clientului, prezentul problematic fiind efectul necesar al unui trecut care nu mai poate fi schimbat.

Dacă se adoptă modelul centrării pe soluție, interviul terapeutic va evidenția resursele clientului, succesele lui, ceea ce merge bine și funcționează corespunzător în toată activitatea sa.

Povestindu-și succesele, clientul dezvoltă imagini și emoții pozitive, iar comportamentul lui devine din ce în ce mai evident influențat de acest univers interior pozitiv. Când, în discursul clientului referitor la viitorul lui, verbele trec de la conjunctiv

și condițional la indicativ este evident că el vorbește din interiorul acestui univers pozitiv despre soluționarea problemei (se trece de la „*intenționez să fac*”, „*aș face*” la „*voi face*”!).

De fapt, soluția problemei nu este altceva decât extensia ariei de manifestare a strategiilor de succes pe care clientul le-a utilizat deja. Puneți, de exemplu, un elev cu probleme la matematică să vă povestească cum reușește să obțină succese la orice alt obiect de studiu și veți identifica, iar el va conștientiza ce strategie de succes trebuie să utilizeze pentru rezolvarea problemelor sale.

Centrarea pe aspectele pozitive face din client un partener, favorizează dezvoltarea unei relații terapeutice de tip colaborativ.

Imaginați-vă că părinții ne povestesc despre problemele copilului în prezența acestuia. De cele mai multe ori copiii sunt aduși la consilier sau terapeut ca „vinovați”, iar cuvintele cu care sunt descrise problemele acestora micșorează dramatic probabilitatea stabilirii unei bune relații terapeutice. În astfel de situații, întrerup discursul părinților și-i rog să-mi povestească despre succesele copilului, ce face el bine, care sunt pasiunile și interesele lui. În primele momente copilul rămâne surprins, apoi, pe măsură ce aude din gura părinților cuvintele care-i descriu succesele, își schimbă poziția pe scaun și mă privește altfel. De cele mai multe ori copilul continuă spontan lista succeselor lui. Evident, am stabilit deja o relație de parteneriat. Ulterior, în cadrul unei convorbiri individuale doar cu copilul, realizez o recadrare a situației, spunându-i: „*Ce crezi că-i îngrijorează cel mai mult pe părinții tăi în legătură cu tine ?*”, „*Cum altfel te-ai putea comporta pentru ca îngrijorarea lor să diminueze ?*”.

2. *Excepțiile sugerează soluții.* Excepțiile de la fiecare problemă sunt expresia resurselor conștiente sau inconștiente ale pacientului. Sarcina principală a terapeutului este aceea de a identifica sau de a crea împreună cu clientul excepții de la problema acestuia. Încercând să-și rezolve problemele, oamenii se concentrează asupra lor și sunt incapabili să sesizeze momentele în care acestea nu se manifestă. Este ca atunci când privești un obiect de la o foarte mică distanță, obiectul ocupând astfel întregul ecran vizual. De aceea, unii pacienți ar putea fi surprinși de întrebarea: „*Există momente când problema ta nu se manifestă ?*”. Clienților care fac afirmații categorice privind permanența problemei le pun întrebări surprinzătoare cu scopul de a-i orienta spre identificarea excepțiilor.

➤ Exemplu :

C : „*Mă cert tot timpul cu soția !*”

T : „*Și când dormi ?*”

C : „*Evident, nu !*”

T : „*Dar când ești la serviciu ?*”

C : „*Nu, avem locuri diferite de muncă.*”

T : „*Dar când mâncați ?*”

C : „*Nu !...*”

Astfel, se poate constata că, de fapt, „tot timpul” nu înseamnă altceva decât câteva episoade conflictuale într-o săptămână.

Problema este redusă în acest mod la dimensiuni care dau clientului speranța controlului lor și, pe de altă parte, excepțiile de la problemă sugerează soluții deoarece, în

linii mari, obiectivul terapiei este de a maximiza excepțiile de la problemă. Descoperirea, provocarea și construirea „excepțiilor” este un proces colaborativ, dezvoltat între client și terapeut. Prin provocarea excepțiilor de la problemă și încurajarea manifestării acestora din ce în ce mai frecvent, terapeutul activează resursele clientului și-i dezvoltă sentimentul de autocontrol în raport cu ceea ce inițial părea o problemă insurmontabilă.

Chevalier (1995), Walter și Peller (1992) fac o distincție între *excepțiile deliberate* și *excepțiile spontane*:

Excepțiile deliberate se manifestă când oamenii fac ceva care în mod evident influențează problema, în sensul atenuării sau eliminării ei pe termen scurt, iar acel ceva este reproductibil. Ceea ce ei au făcut sau au încetat să facă a fost un „experiment” care a modificat situația problematică în sens pozitiv și care merită să fie încercat din nou. Clienții care provoacă aceste excepții deliberate se află în situația în care, după cum spun Peller și Walter, ei se găsesc deja în posesia soluției, dar vin la terapeut pentru a cere permisiunea să o folosească. Desigur, pacienții nu trebuie să repete mecanic ceea ce a fost util la un moment dat; împrejurările se pot schimba, iar repetiția „soluției” inițiale poate fi sursa problemelor.

Excepțiile spontane sunt acele ocazii în care, din motive inexplicabile sau aflate în afara controlului conștient al clientului, problema nu se mai manifestă sau se manifestă cu intensitate scăzută. Clientul simte că aceste momente nu sunt în legătură cu ceea ce a făcut el, sau crede că ele se datorează unor circumstanțe care nu pot fi repetate. El este chiar surprins de apariția unor astfel de excepții. Excepțiile spontane sunt utile în strategia terapeutică deoarece, prin conștientizarea și clarificarea mecanismelor producerii lor, se ajunge la formularea unor obiective terapeutice utile.

Istoria pacientului, așa cum o expune el terapeutului, este „povestea sa” (*history = his story*). Pacientul vine la terapeut cu o „poveste” centrată pe problemă. Prin încurajarea lui, într-un proces de supraelaborare a poveștii centrate pe problemă, pacientul începe să se simtă din ce în ce mai neajutorat, se identifică el însuși cu problema și devine progresiv mai dependent de ceea ce terapeutul face pentru el. În terapia centrată pe soluție, terapeutul facilitează generarea unor „povești alternative”, centrate pe soluții și resurse, fapt care orientează persoana spre afirmarea unei noi identități. Procesul este similar cu perceperea imaginilor duble, instabile, în care figura și fondul devin reversibile, în funcție de felul în care le privești; la fel, metaforic vorbind, povestea clientului se referă inițial doar la o parte a imaginii. Noi îl provocăm să vadă ambele părți ale imaginii, să-și completeze povestea cu partea care se referă la resurse!

3. *Schimbarea se manifestă tot timpul*. Nimic nu este întotdeauna la fel, lucrurile și oamenii se schimbă mereu. Heraclit a evidențiat acest fapt cu multe secole înainte: „Totul curge; nu poți face baie de două ori în aceeași apă a râului”. Dacă schimbarea este permanentă, atunci ea este inevitabilă! Și orice schimbare poate oferi ocazia rezolvării problemei. Utilizez frecvent cu pacienții mei metafora ușii: „mai ușor deschizi o ușă care se balansează înainte-înapoi decât una aflată într-un moment de imobilitate; este suficient să prinzi momentul în care ea se balansează în direcția care te interesează pentru ca să o deschizi larg, împingând-o fără un efort prea mare”.

În acest context, putem spune că sarcina terapeutului este aceea de a-l orienta pe client să sesizeze schimbările pozitive, să le maximizeze sau, utilizând prescripții adecvate, să-l provoace pe client la noi schimbări comportamentale. Dacă trecutul problematic al pacientului nu mai poate fi schimbat, viitorul are un grad suficient de

nedeterminare, pentru a oferi multiple căi de a-l construi. De aceea *orice* schimbare poate fi utilizată pentru construirea unor noi așteptări privind viitorul non-problematic, așteptări care vor avea tendința să se transforme în predicții ce se autoîmplinesc. La limită, am putea spune că nu contează dacă după prima ședință de terapie pacientul se simte mai bine sau mai rău, important este să se simtă *altfel* decât înainte de a veni la terapeut: „Orice schimbare poate deveni parte a construcției unui nou set de așteptări, care va fi parte a procesului creării soluției” (Shazer, 1985, p.77). Dacă schimbarea este pozitivă atunci, evident, clientul va avea certitudinea unei terapii de succes; dacă schimbarea este negativă, atunci ea poate fi resemnificată în sens pozitiv: „deseori, pentru a face un salt mare înainte, trebuie să facem câțiva pași înapoi”.

Schimbările care apar după inițierea terapiei sunt semnul indubitabil că terapia conține un „principiu activ”. Întrucât schimbarea este inevitabilă („...terapeutul *nu poate să nu influențeze* procesul schimbării, deoarece observatorul influențează pe cel observat...”, Shazer, 1985, p. 69), sarcina terapeutului este aceea de a modela schimbarea în direcția dorită. Scriind aceste rânduri mi-am amintit de afirmațiile făcute pe un post de radio de un „specialist în medicină neconvențională” cu câțiva ani în urmă. Acesta afirma că multe din problemele pacienților lui se datorau faptului că aceștia dormeau într-un pat care nu era orientat conform „vectorilor energiei terestre”. De cele mai multe ori verificările la domiciliu confirmau această ipoteză și, într-o anumită perioadă de timp, după ce schimbau poziția patului conform indicațiilor, mulți dintre ei se simțeau mai bine. Desigur că nu contest faptul că mulți începeau să se simtă mai bine. Nimeni nu poate contesta faptele, dar putem să ne îndoim de explicațiile care le fundamentează. Evident, după schimbarea poziției patului, cei mai mulți dintre pacienți aveau două posibilități: să doarmă mai bine și atunci confirmau ipoteza „specialistului”, sau să doarmă mai prost și iar confirmau ipoteza lui; el le explica faptul că trebuie să treacă un anumit timp până când modificările induse de poziția anterioară, greșită, a patului vor dispărea sub influența corectivă a energiei terestre bine orientată!

Din nefericire, etichetele diagnostice utilizate în psihiatrie oferă o imagine statică asupra problemelor pacientului, afectează imaginea de sine a acestuia și blochează valorificarea resurselor existente. Un bolnav „depresiv” *nu este totdeauna depresiv*, are momente în care comportamentul său este normal, adecvat situației, sau când depresia sa este pe deplin justificată de evenimentele trăite. Ori, eticheta diagnostică împiedică și pe pacient și pe terapeut să sesizeze acest fapt și prescrie ambilor roluri care perpetuează simptomul. Echipa terapeutică de la Milano (Palazzoli, Cecchin, Boscolo, Prata), sesizând acest aspect, propune înlocuirea afirmației „este depresiv”/ „sunt depresiv” cu expresia „se comportă ca un depresiv”. Înlocuirea lui „a fi” cu verbe precum „arată”, „pare”, „devine” și „se comportă ca și cum” promovează credința (speranța) că aceste comportamente sunt temporare și supuse schimbării (Walter și Peller, 1992).

4. *Schimbarea mică conduce la schimbări mai mari.* Acest principiu se află în strânsă relație cu principiul permanenței schimbării. În fața unui pacient „multidisfuncțional”, „complex” etc., mulți terapeuți formulează cu prudență un prognostic pozitiv, gândindu-se la volumul deosebit de muncă ce trebuie investit, la dificultatea găsirii unei soluții la fel de complexe, pe măsura problemei etc. Nici pacienții nu au prea multe speranțe dacă li se comunică faptul că obiectivul terapiei este rezolvarea *tuturor* problemelor lor.

Afirmația „schimbarea mică conduce la schimbări mai mari” stă la baza strategiei de împărțire a problemelor mari în probleme mai mici și de abordare a lor separat și

succesiv. Schimbarea terapeutică este astfel divizată în pași mici, controlabili. Rosenbaum, Hoyt și Talmon (1990) evidențiază trei avantaje ale acestei abordări:

- a) Diminuează presiunea exercitată de obiectivele prea mari asupra terapeutului și clientului. A încerca din greu, a face eforturi prea intense s-ar putea dovedi a fi sursa unor probleme. Există situații în care este mai înțelept să faci mai puțin decât mai mult.
- b) Clientul se angajează cu o mai mare probabilitate în realizarea unei schimbări mici decât în realizarea unei schimbări mari. Există totdeauna excepții de la aceasta și de aceea terapeutul trebuie să fie pregătit să răspundă adecvat pacienților, care sunt pregătiți pentru o schimbare rapidă și radicală.
- c) Orice schimbare, chiar mică, poate alimenta speranța și credința în capacitatea de autocontrol. Stimularea speranței și încrederii este un element important al terapiei scurte. Clienții care se simt depășiți de problemele lor și indeciși în legătură cu schimbarea, trăiesc deseori începutul terapiei într-o manieră descurajantă. Terapia centrată pe soluție își propune să găsească aspecte mici, dar semnificative, pentru inițierea schimbării terapeutice.

5. *Cooperarea este inevitabilă – nu există eșec, există feedback.* Terapia centrată pe soluție subliniază caracterul colaborativ al relației terapeutice în care „clientul este expertul” (Shazer, 1985; Walter și Peller, 1992 etc.). Încercarea terapeutului tradițional de a construi o soluție la problema pacientului, fără a ține seama de așteptările acestuia, ne aduce în minte vechiul proverb conform căruia „Drumul spre Iad este pavat numai cu intenții bune”. Terapeutul „expert”, singurul posesor al „adevărului” științific în domeniul problemelor celorlalți, devine ușor prizonierul imaginii *propriei* despre soluție, incapabil să observe ce așteaptă celălalt de la el. În acest context, „rezistența” pacientului, interpretată ca incapacitate de schimbare, refugiu în boală, determinat de beneficiile secundare ale bolii, trebuie considerată mai degrabă o metaforă ce-și evidențiază sensurile în cadrul de referință creat de teoria expectației: „Trebuie ținut minte că rezistența este doar o metaforă care descrie anumite comportamente în contextul terapiei și că alte metafore pot fi mult mai utile. Rezistența nu este ceva concret. Relația dintre conceptul de rezistență și conceptul cooperării poate fi văzută astfel: dacă terapeutul *alege* să considere comportamentul clienților ca rezistență, atunci încercările lor de a coopera nu pot fi văzute, din moment ce fiecare perspectivă o exclude pe cealaltă; dacă terapeutul este orientat spre un comportament cooperativ, atunci el nu va fi capabil să vadă rezistența” (Shazer, 1985, pp. 72-73). Situația este similară celei create de percepția figurilor duble: aceeași realitate ne oferă imagini diferite, în funcție de așteptări și perspective.

Credem că pacientul inițiază terapia dorind să se schimbe. Dacă o soluție nu merge, nu pacientul este rezistent; mai probabil terapeutul nu a găsit încă direcția schimbării așteptate de pacient. Această idee este bine surprinsă de Walter și Peller: „Nu există eșec, există doar feedback” (1992, p. 40). Dacă suntem pregătiți să receptăm comportamentul verbal și non-verbal al clientului, atunci vom avea toate informațiile necesare construcției soluției pe care el o așteaptă.

6. *Oamenii au resursele necesare rezolvării problemelor lor.* Terapia ericksoniană subliniază ideea că fiecare persoană are resursele și aptitudinile necesare rezolvării

problemelor sale. Adoptând o perspectivă paradoxală, M. Erickson spunea deseori pacienților săi în timpul transei: „Există lucruri pe care le știți, dar nu știți că le știți. Când veți ști ceea ce nu știți că știți, atunci vă veți schimba”. Acest tip de formulare provoacă pacientul să caute în el însuși resursele necesare schimbării așteptate. Schimbarea terapeutică este, din această perspectivă, o extensie a ceea ce pacientul știa deja. „Terapeutul – spune J. Zeig – pornește de la principiul că pacientul, în istoria sa, a făcut dovada unei funcționări adecvate și eficiente. Prin urmare, terapeutul nu trebuie să-și propună să învețe pacientul cum să se comporte adecvat. Mai degrabă, munca terapeutului este aceea de a ajuta pacientul să-și deblocheze istoria constructivă adormită. Terapia devine procesul de stimulare a resurselor existente – resurse care au rămas mult timp închise” (J. Zeig, 2000, p. 144).

Perspectiva medicală, precum și cea a psihoterapiei centrate pe problemă evidențiază aspectele patologice, insuficiențele și disfuncțiile responsabile de apariția problemei. Diagnosticul clinic care rezumă cauzele problemei influențează prognosticul – cu cât mai sever este diagnosticul, cu atât mai rezervate sunt așteptările terapeutilor și clienților lor privind o posibilă evoluție favorabilă a acestora din urmă. Centrarea pe aspectele patologice prezintă riscul patologizării unor comportamente normale și al iatrogeniei. Studiul lui D. Rosenhan, „Être sain dans un environnement malade”, evidențiază bine acest proces. Așteptările negative ale terapeutilor și pacienților au tendința de a se transforma în predicții ce se autoimplinesc. Această idee, exprimată plastic de zicala „De ce ți-e teamă nu scapi”, a fost confirmată de studii de referință în domeniul psihologiei (A. Rosenthal, 1967; Barber și Silver, 1968 etc.). În aceeași măsură, așteptările pozitive vor iniția un ciclu al schimbării în direcția dorită. Întâmplarea povestită de G. Allport ilustrează foarte bine acest fapt:

„Într-un spital provincial din Austria, un bărbat zăcea grav bolnav – era practic pe patul de moarte. Echipa medicală i-a spus acestuia, direct, că ei nu pot diagnostica boala, dar că, în cazul în care ar cunoaște diagnosticul, ar putea, probabil, să-l vindece. În continuare, i-au spus că un diagnostician faimos va vizita curând spitalul și că, probabil, el va reuși să-i pună diagnosticul corect.”

După câteva zile diagnosticianul a sosit și a început consultația bolnavilor. Ajuns la patul bărbatului respectiv, abia privindu-l, a murmurat «Moribundus» și a plecat.

Câțiva ani mai târziu, pacientul l-a sunat pe diagnostician și i-a spus: „Doresc să vă mulțumesc pentru diagnostic. Cei din spital mi-au spus că, dacă dvs. îmi veți pune un diagnostic, mă voi face bine și, din momentul în care ați spus „Moribundus”, am știut că mă voi însănătoși” (cf. P. Watzlawick, 1990, p. 56).

Ideea că oamenii au tot ce le trebuie pentru a-și rezolva problemele o întâlnim și în zicala: „Fiecare om are probleme pe măsura lui”. Dar, dacă oamenii au resursele necesare rezolvării problemelor lor, de ce mai vin atunci la terapeut?! Trebuie să spunem, mai întâi, că toți oamenii au probleme, că viața însăși este o problemă! Viața are sens doar în măsura în care zilele se scurg una după alta, apropiindu-ne de un obiectiv plasat în viitor. Dar a avea un obiectiv în viitor înseamnă a crea o problemă în prezent – problema atingerii obiectivului. Prezintă-i clientului situația sa ca făcând parte din dificultățile obișnuite ale vieții de zi cu zi –, și nu ca problemă psihologică sau psihopatologică –, realizăm ceea ce frecvent se numește „normalizare”, „depato-

Deși toți oamenii au probleme, la terapeut se prezintă doar cei care nu și le rezolvă într-un timp rezonabil. În ciuda resurselor existente, aceștia nu-și rezolvă problemele cel puțin din două motive :

- oamenii nu formulează corect problema ; în acest caz, scopul terapiei este de a-l ajuta pe client să dezvolte alternative la formularea inițială a problemei cu care s-a prezentat la terapeut ; și se știe : „o problemă bine formulată este pe jumătate rezolvată !” ;
- oamenii devin deseori prizonierii unei singure imagini privind soluția : „problema X se rezolvă numai așa ! ”. Sarcina terapeutului va fi, de această dată, stimularea clientului să dezvolte alternative la formularea inițială a soluției. Dacă în matematică o problemă are mai multe soluții, cu atât mai mult acest lucru se întâmplă în viață ! Imaginați-vă un copil care învață că, pentru a-l obține pe opt are nevoie de doi de patru. Dacă rămâne în acest stadiu, în situația când are oricare alte cifre dar nu doi de patru, el se va confrunta cu o problemă extrem de dificilă. Abia mai târziu, când copilul va învăța că îl poate obține pe opt dintr-o infinitate de combinații de cifre și operații, putem spune că știe cu adevărat matematică ! La fel și în viață – experiența se exprimă prin capacitatea de a dezvolta alternative. După cum observăm, sarcina terapiei este aceea de a crea un cadru care să-l stimuleze pe client să dezvolte formulări alternative, fie în raport cu problema, fie în raport cu soluția. Aceste alternative îi vor permite să descopere sau să utilizeze mai eficient resursele de care dispune.

Pentru a ilustra această idee, putem propune un exemplu simplu : dacă un părinte etichetează comportamentul copilului cu termenul „obraznicie”, „neascultare”, atunci soluția pe care o va utiliza va fi pedeapsa ; dacă formulează altfel problemele copilului – ca „trăiri adolescente”, „tulburări de creștere” etc. –, atunci, evident soluția va fi alta.

7.3. Caracteristicile unui scop bine definit

„Când nu știm în ce port dorim să ancorăm, nici un vânt nu ne este prielnic ! ”, se spune deseori. Mulți dintre pacienții mei se plâng de „lipsă de voință”. Dacă definim voința simplu, ca „energie orientată spre scop”, putem, relativ repede, să ne dăm seama că aceste persoane nu de energie duc lipsă, ci de scopuri – scopuri credibile și realizabile într-o perioadă rezonabilă de timp.

Psihoterapia este un efort orientat către un anumit scop sau soluție, având clientul ca expert (Walter și Peller, 1992). Scopurile diverselor terapii variază considerabil. Din acest punct de vedere există două mari orientări terapeutice : unele terapii își propun „vindecarea” clientului sau dezvoltarea lui personală, altele își propun să ajute clientul să-și rezolve anumite probleme sau să-și atingă anumite scopuri.

Terapiile aparținând primei orientări plasează responsabilitatea schimbării terapeutului „expert” (el fixează obiectivele și mijloacele necesare atingerii acestora), în timp ce terapia centrată pe soluție plasează această responsabilitate la celălalt pol al relației, respectiv la client. În acest model, ținta este de a ajuta clienții să-și definească scopurile cât mai precis posibil ; ei sunt experți în problemele lor, știu ce doresc să schimbe.

Deseori, dorința de schimbare a clienților se manifestă sub forma unor plângeri sau acuze care nu sunt totuși veritabile scopuri pentru o terapie eficientă. De aceea, interviul terapeutic își propune să provoace clientul la transformarea acestor acuze în scopuri care, pentru a stimula și orienta acțiunile ulterioare, trebuie să respecte anumite criterii. Aceste criterii își au originea în cercetările efectuate în domeniul programării neuro-lingvistice, precum și în experiența terapeuților care practică deja modelul terapiei centrate pe soluție (Shazer, Walter și Peller, O'Connell etc.).

Terapeutul are responsabilitatea de a negocia cu clientul scopuri realizabile. Atunci când urmărim scopuri nerealizabile, facem imposibil de atins și ceea ce era realizabil. Cineva mi-a povestit o întâmplare care ilustrează perfect această idee: „O doamnă grăbită intră în clădirea aeroportului, se îndreaptă spre primul ghișeu și-i spune funcționarului că ar dori un bilet pentru avionul care tocmai decola în direcția dorită. Funcționarul, format în sensul respectului față de clienți, i-a răspuns amabil că este greu să-i îndeplinească dorința, dar că își va contacta superiorii pentru a-i rezolva cererea. Doamna a rămas la ghișeu, așteptând destul timp, perioadă în care și alte avioane au mai decolat în direcția dorită de ea. Când funcționarul s-a întors, i-a spus doamnei, la fel de politicos, că îi pare rău, dar superiorii lui i-au spus că nu mai poate zbura cu avionul care decolase cu aproximativ o oră în urmă! Nici nu și-a terminat mesajul, și funcționarul s-a trezit cu geanta doamnei în cap, evident, iritată”. Vă întreb, la fel cum am fost și eu întrebat: „Cine este vinovat de incidentul final: doamna, care și-a exprimat o dorință, sau funcționarul, care a acceptat să negocieze această dorință?”

1. Scopul trebuie formulat într-o manieră pozitivă, într-o formă afirmativă din punct de vedere gramatical. De foarte multe ori clienții spun mai degrabă ceea ce ei nu vor să li se mai întâmple, decât ceea ce vor: „nu mai vreau să fiu timid!”, „nu mai vreau să fiu depresiv!” etc. Aceste formulări sunt centrate pe problemele persoanelor, precizează ce trebuie evitat, dar nu oferă nici o idee despre direcția în care trebuie acționat, despre ceea ce dorește de fapt clientul să obțină la sfârșitul terapiei. Formulările negative îmi amintesc de fiecare dată de situația turistului care, hotărând să facă o excursie deosebită care să-i alunge monotonia vieții de zi cu zi, s-a prezentat la o agenție specializată pentru a-și rezerva biletele de avion. Problemele au început să apară în momentul în care a trebuit să precizeze destinația excursiei sale: „Desigur, nu doresc să merg la Moscova, Paris sau Londra...! Dacă mă gândesc mai bine, nici vreun oraș din America de Nord nu mă atrage...”. După mai multe întrebări ale funcționarului de la ghișeu, turistul și-a dat seama că se află într-un impas și a hotărât să se întoarcă acasă. În noaptea următoare a visat că se afla pe un mare aeroport privind plecările succesive ale avioanelor. Dintr-o dată s-a aflat față în față cu Lindberg, primul pilot care a traversat Atlanticul, în 1927, care i s-a adresat astfel: „Avioanele pot zbura oriunde; pilotul este cel care va hotărî unde vor ateriza ele!”. A doua zi și-a dat seama cât de important este să știi unde vrei să ajungi atunci când pornești într-o călătorie.

Inconștientul nostru operează doar cu afirmații, și nu cu negații. Nu este un mijloc mai bun de a aduce în mintea cuiva o imagine sau o idee decât negând-o, spune M. Erickson. „Nu vă gândiți la o prăjitură mare!” – în urma acestei prescripții, evident în mintea noastră apare mai întâi imaginea prăjiturii, apoi declanșăm o luptă pentru eliminarea ei. Și, cu cât lupta este mai intensă, cu atât prezența opozantului se perpetuează pentru că – nu-i așa? – lupta presupune prezența ambelor părți aflate în conflict.

Când un pacient spune „nu mai vreau să fiu depresiv !”, această formulare actualizează toate situațiile în care acesta se simte astfel, insuccesele lui, lipsa de speranță etc. Pentru a-l provoca la formulări pozitive, întrebările-cheie sunt următoarele : „*Cum altfel te vei comporta când nu vei mai fi depresiv ?*”, „*Ce alte comportamente, activități vei face în locul celor pe care le practici acum?*”. Răspunsurile la aceste întrebări vor descrie comportamentele care – din perspectiva clientului –, îndată ce vor fi puse în act, vor fi semnalul clar al dispariției problemei.

Descriind aceste comportamente, clienții dezvoltă imagini pozitive despre viitorul lor, creează un context favorabil acțiunilor lor. E suficient să ne amintim că un sportiv ce își imaginează acțiunile pe care urmează să le facă, activează într-o manieră înconștientă micromișcări corespunzătoare acestor acțiuni (ideomotricitate). La fel, descriind viitoarele acțiuni pozitive, clienții își planifică, într-o manieră înconștientă, comportamentul, iar viitorul astfel descris are tendința de a se transforma în „predicție ce se autoîmplinește”.

2. *Scopurile trebuie exprimate mai degrabă în termenii acțiunii, decât în termenii unor stări interne.* Mulți oameni doresc să fie fericiți, curajoși, siguri pe ei etc. Și totuși, exprimarea unei astfel de dorințe nu ne informează deloc despre cum anume aceste persoane pot obține fericirea, curajul sau încrederea în ei înșiși.

De aceea, dacă o persoană timidă spune că la sfârșitul terapiei dorește să fie curajoasă și cu mai multă încredere în ea însăși, trebuie să punem următoarea întrebare : „*Cum anume te vei comporta când vei fi curajoasă ?*”, „*Cum anume, altfel decât până acum, te vei comporta când vei avea mai multă încredere în tine ?*”.

Aceste întrebări vor genera răspunsuri care vor descrie comportamente concrete, observabile și ușor de evaluat. Astfel, dorințele exprimate în termenii unor stări greu de observat și evaluat vor fi operaționalizate în comportamente specifice care vor jalona, asemenea unei hărți, traseul terapeutic.

3. *Scopurile trebuie formulate în termenii „aici și acum”.* Doar în măsura în care scopurile declanșează imediat acțiunile rezolutive acestea sunt, cu adevărat, eficiente. În afara unui cadru spațio-temporal adecvat, scopurile nu pot activa resursele necesare atingerii lor. Plecând din cabinetul terapeutului sau consilierului, clientul trebuie să știe ce anume trebuie să facă (și să fie capabil să facă) pentru a-și rezolva problemele. Scopurile prea îndepărtate, prin chiar faptul că sunt îndepărtate, nu dezvoltă la client sentimentul că le poate controla ; în plus, cu cât sunt prea îndepărtate, cu atât imaginea despre ele este mai confuză.

Dacă un elev spune : „În următoarele zile voi lua o decizie în legătură cu examenele mele (sau privind relațiile mele cu părinții etc.)...” este aproape sigur că totdeauna vor fi găsite motive pentru amânarea deciziei. Terapeutul/consilierul nu ia decizii pentru client ; el creează doar un context care declanșează procesul deciziei la client. Pentru a iniția acest proces putem pune următoarea întrebare : „*Dacă ai fi pe cale să luai o decizie acum, ce anume ai face sau ce altceva, diferit în raport cu ce ai făcut până acum, ai face?*”. O întrebare cu obiective similare este : „*Părăsind cabinetul meu și fiind pe cale să-ți rezolvi problema, ce anume ai face altfel sau cum altfel te-ai adresa tie însuși?*”.

Mulți elevi, gândindu-se la examenele care îi așteaptă peste câteva luni, își spun : „Voi învăța !”. Fără menționarea unor termene exacte, referitoare la acțiunile specifice pe care le presupune „învățatul”, a contextului în care se vor desfășura aceste acțiuni, acest angajament va influența în mică măsură comportamentul elevilor respectivi.

Necesitatea angajării *imediate* în acțiunile necesare atingerii obiectivelor este evidențiată și de zicala „Nu lăsa pe mâine ce poți face azi!”.

Dacă un pacient obez spune „În următoarea perioadă voi slăbi 10 kg”, obiectivul său are puține șanse să fie atins, deoarece nu este formulat într-o manieră „aici și acum”; șansele sale de a slăbi cresc dacă, de exemplu, obiectivul său va fi formulat astfel: „începând din acest moment, la fiecare masă voi mânca o felie de pâine mai puțin!”. O astfel de formulare menționează clar acțiunea, termenul și contextul în care ea va fi realizată.

4. *Scopurile eficiente sunt formulate cât mai specific posibil.* Cu cât scopurile sunt mai specific descrise, cu atât ele orientează mai bine comportamentul clientului. E la fel ca atunci când călătorim: cu cât utilizăm o hartă care conține mai mulți indicatori, cu atât probabilitatea de a ajunge unde dorim este mai mare! Imaginați-vă că vă aflați într-un oraș necunoscut și doriți să ajungeți la primărie. Puteți merge la întâmplare, sperând că una dintre străzile principale vă va conduce la primărie, sau puteți să solicitați oamenilor pe care îi întâlniți descrieri cât mai exacte ale traseului și ale clădirii pe care vreți să o găsiți; pentru că, nu-i așa, nu veți ști niciodată că ați găsit ceea ce căutați decât dacă aveți o imagine foarte clară a ceea ce căutați! De câte ori nu auzim: „Nici nu mai știu cum este când este bine!”. Implicația acestei afirmații este că acestor persoane ar putea să le fie bine, dar să nu-și dea seama de acest fapt! Nu vom putea oferi niciodată cuiva ceea ce își dorește, dacă nu vom ști *exact* ce anume își dorește, dacă nu vom avea o *descriere* cât mai specifică a ceea ce își dorește. Povestea care urmează ilustrează această idee:

„A fost odată un rege puternic și bogat căruia îi plăcea să facă cât mai mult bine posibil supușilor și celor apropiați, rudelor și copiilor săi. Îi coplesea cu cadouri, savurând manifestările lor de recunoștință.

Una dintre fiicele regelui se numea Maria. Ea se deosebea mult de frații și surorile sale. Se simțea deja coplesită de cadourile tatălui său. Hainele scumpe, parfumurile rare și bijuteriile o lăsau aproape indiferentă. Ea se bucura, în schimb, de lectura poeziilor, de plimbările făcute seara sub clar de lună...

Într-o zi tatăl ei o întreabă: «Ce-ți dorești cu ocazia aniversării vârstei de 18 ani? Aș dori să-ți ofer un cadou regal!». Iar Maria a răspuns: «Mă copleşii cu atâta atenție încât nici nu știu ce aș putea să vă cer». După mai multe insistențe din partea regelui, Maria a spus: «Visul meu este aproape imposibil de îndeplinit!». Și, cum tatăl ei aștepta cu nerăbdare exprimarea dorinței, ea a continuat: «Aș dori... luna!».

Regele s-a întristat când a auzit această cerere. A trimis astronomul curții să-i explice Mariei că regelui îi era imposibil să ia luna de pe cer și să i-o ofere. Utilizând hărțile cerului și arătându-i cât de departe este luna, astronomul s-a achitat foarte bine de sarcina sa.

Maria, indiferentă la cursul de astronomie, începuse deja să-și reproșeze că-și mărturisise dorința, iar regele regreta și el atât insistențele cu care solicitase fiicei sale exprimarea dorinței, cât și lipsa de realism a acesteia.

În timpul unor astfel de momente de frământare, bufonul curții, care cunoștea problema, l-a privit ironic pe rege. Regele, iritat, l-a întrebat: «- Știi cumva cum poate fi îndeplinită dorința Mariei?». «- Poate!», i-a răspuns bufonul. «Ești suficient de puternic pentru a găsi cadoul care o va impresiona».

În aceeași seară, în timp ce luna lumina splendid ferestrele camerei sale, Maria a fost vizitată de un nou ambasador al regelui. « - Descrie-mi luna pe care o dorești și spune-mi mărimea ei. », i-a cerut acesta. Privind pe fereastră, spre astrul preferat, Maria și-a depărtat palmele, cuprinzând între ele o distanță de aproximativ 20 cm. « - Bine! Acum precizează-mi culoarea și locul unde vei dori să o punem! ». « - Alb, cu reflexe argintii! Aș dori să o fixați deasupra comodei! » « - În trei zile o vei avea! », a încheiat ambasadorul. Înțelegând că este vorba de o ofertă reală, Maria a așteptat cu nerăbdare momentul îndeplinirii dorinței sale. După trei zile, unul din curteni i-a plasat deasupra comodei un disc de argint (de 20 cm), confecționat în atelierele palatului, dotat cu o candelă care-l făcea să strălucească dulce!

Când Maria a alergat la tatăl său să-i mulțumescă pentru marea bucurie pe care i-a făcut-o, acesta, uimit, nu putea înțelege cum un disc oarecare, chiar dacă este din argint, poate înlocui luna de pe cer. Dar bufonul, care era mult mai puțin scrântit decât părea, i-a spus: «*Dacă doriți să faceți o plăcere cuiva, cereți-i să descrie ceea ce vrea și încercați să priviți acel lucru cu ochii lui. Fără îndoială, veți găsi mijlocul de a-i satisface cererea!* » ».

De câte ori nu auzim părinți spunând: „Nu mai înțeleg nimic! Deși Gigel stă toată ziua cu cartea în mână, are note slabe!”. Evident, pentru părinți „a sta cu cartea în mână” și a „învăța” înseamnă același lucru. Pentru a stimula performanța școlară, verbul „a învăța” trebuie operaționalizat în acțiuni cât mai specifice: „a citi un număr de pagini, zilnic”, „a face conspecte”, „a face schițe”, „a reproduce textul citit, oral sau scris etc”! . În plus, aceste acțiuni trebuie însoțite de repere orare precise.

Pentru a obține descrieri cât mai specifice ale obiectivelor urmărite, putem utiliza mai multe tipuri de întrebări. Rămânând la exemplul anterior, aceste întrebări ar putea lua forma următoare:

„*Cine va observa primul că te-ai apucat să înveți?*” (părinții, profesorii, colegii etc...).

„*Ce anume va observa fiecare?*”, „*Care va fi reacția lor?*”

„*Ce vei gândi în legătură cu reacția acestora?*” etc.

„*Ce vei simți când ceilalți vor observa că te-ai schimbat?*”

„*Cum altfel vei gândi despre tine?*”.

Aceste descrieri, după cum observați, pot conține, în afară de acțiuni, gânduri și stări afective. Acestea din urmă nu sunt scopuri, ci reacții pozitive la realizarea scopurilor. Descrierea detaliată a scopurilor favorizează transformarea acestora în predicții ce se autoîmplinesc.

Am întrebat o pacientă care acuza tulburări depresive:

„Ce schimbări ar trebui să intervină în comportamentul dvs. pentru ca soțul și copilul să spună «Mama se simte mai bine»? ». Răspunsul a fost: „Dacă aș face o prăjitură în casă, acest fapt sigur ar fi ceva deosebit! De când m-am îmbolnăvit, n-am mai făcut așa ceva!”. Am provocat-o apoi să-mi povestească despre prăjiturile ei, despre cât de mult le plăceau soțului și copilului prăjiturile făcute de ea etc... La ședința următoare mi-a spus că, după ce a ieșit din biroul meu, a intrat într-un magazin de unde a cumpărat tot ce-i trebuia și a făcut acasă prăjitura preferată de soț și de copil. A avut o săptămână deosebită!

5. *Scopul trebuie formulat în domeniul controlat de client.* Acest criteriu este deosebit de important. Mulți clienți se prezintă la consilier sau terapeut plângându-se de

comportamentul celorlalți față de ei sau manifestându-și dorința ca *ceilalți* din jurul lor să se schimbe ! A accepta ca scop schimbarea comportamentului celorlalți, a persoanelor *absente* la psihoterapie înseamnă a ne angaja într-un efort perpetuu și fără succes.

Terapeutul își propune să-l ajute pe client să identifice acele comportamente – scop pe care îl *poate iniția și menține*, începând chiar din momentul în care vorbește despre acestea. Un scop nu trebuie să depindă de ceea ce *altcineva* va face mai întâi. În cazul în care clientul dorește să schimbe relația pe care o are cu cineva care nu participă la terapie și consideră că *mai întâi* trebuie să se schimbe acea persoană, iar noi, ca terapeuți, acceptăm acest scop – adică mai întâi să se schimbe persoana absentă – evident, terapia se angajează pe un drum închis.

Comportamentul nostru, al fiecăruia, este de cele mai multe ori un răspuns la comportamentul celorlalți. Într-o relație, indiferent care persoană se schimbă, această schimbare va antrena, mai degrabă sau mai târziu, și schimbarea celeilalte. De aceea, clientul poate fi ajutat să conștientizeze că schimbarea poate începe cu el ; de altfel, nu este rezonabil să cerem altora să facă ceea ce nu vrem să facem noi.

Din perspectivă sistemică, schimbarea oricărui element va antrena schimbări și în alte părți ale sistemului : dacă rotim o singură piesă a unui joc de puzzle – se va roti întreaga imagine ; dacă schimbăm o singură notă într-o melodie, obținem o altă melodie...

În cazul unui bărbat care dorește ca soția sa să se schimbe, terapeutul trebuie să-l ajute să identifice comportamentele pe care le poate iniția *el* pentru a declanșa această schimbare : „ – Cum altfel decât până acum te vei comporta *tu* când relația ta cu soția va fi bună ? ”. „ – Îi voi povesti mai multe despre problemele mele de la serviciu..., îmi voi asuma responsabilitatea pentru unele probleme domestice, vom petrece vacanța împreună... ”. Clientul va descoperi că practicând *el, mai întâi*, astfel de comportamente și comportamentul soției sale se va schimba.

Aceeași cauzalitate circulară este valabilă și pentru schimbarea individuală. Mulți clienți consideră deseori că, pentru a-l obține pe „B” trebuie mai întâi să-l obținem pe „A” și cum „A” nu poate fi obținut, atunci nici „B” nu va fi realizat. De exemplu, un student poate spune că, pentru a avea „mai multe intervenții la seminar” (B), trebuie mai întâi să aibă mai multă „încredere în sine” (A). În acest caz, clientul poate fi pus în situația de a conștientiza că, practicând mai întâi „B”, îl poate obține pe „A”.

Este reconfortant să constăți că întotdeauna poți face ceva pentru tine !

6. Cele mai bune formulări ale scopului sunt cele care *utilizează cuvintele clientului*. Acest criteriu ne securizează pe noi ca terapeuți sau consilieri, deoarece, respectându-l, putem verifica pe parcursul terapiei dacă într-adevăr lucrăm în direcția atingerii obiectivelor clientului. Deoarece clientul este „expert” în problema sa, el știe, de asemenea, care sunt soluțiile care ar putea să-i rezolve problema. Desigur, interviul terapeutic ar putea să-l conducă pe client la reformularea obiectivelor inițiale, dar, de fiecare dată, noile formulări trebuie făcute în limbajul clientului.

Atunci când terapia bate pasul pe loc, când clientul este din ce în ce mai puțin motivat pentru realizarea prescripțiilor terapeutice, trebuie să ne întrebăm dacă nu cumva acestea se datorează faptului că terapia urmărește mai degrabă obiectivele noastre decât ale clientului. Mulți terapeuți au fost învățați să citească „printre rânduri” pentru a descoperi „adevăratele” probleme ale clientului și a construi „adevăratele” soluții la acestea.

Dintr-o perspectivă constructivistă, problema își are originea în imaginea pe care o au oamenii despre realitate, și nu în realitatea însăși. Întrucât terapeutul și pacientul pot

avea imagini diferite despre aceeași realitate, decizia terapeutului de a stabili singur *adevărata* problemă poate influența negativ relația terapeutică.

Există numeroși clienți decepționați de precedentele lor experiențe terapeutice datorită faptului că, indiferent de obiectivele fixate de ei, terapeutul afirma că el este cel care cunoaște cel mai bine adevărata problemă și, prin urmare, obiectivul *real* al terapiei. Un astfel de exemplu ni-l furnizează O'Hanlon și Weiner-Davis (1995): „Am venit cu fiul nostru la terapie pentru a obține câteva sfaturi deoarece comportamentul său ne creează probleme; dar terapeutul anterior ne-a spus că, de fapt, noi suntem cei care avem o problemă conjugală și că ar trebui să lucrăm mai degrabă asupra relației noastre de cuplu. Acest fapt ne-a iritat și nu ne-am mai dus la terapie”.

Soluțiile, rezultatele terapiei nu sunt produse statice, finite, ele se află într-o continuă construcție. Transformarea afirmațiilor, dorințelor clienților în scopuri veritabile, eficiente, poate fi realizată prin raportarea acestora la criteriile menționate. Întrebările pe care le adresăm lor declanșează un proces constructiv, iar construcția finală, flexibilă, se realizează cu „materialul clienților”. (Vezi tabelul nr. 2.)

Tabelul nr. 2 – Criterii pentru un scop bine definit
(adaptare după Walter și Peller, 1992, p. 60)

Criteriu	Cuvinte-cheie	Întrebări
1. Formă pozitivă, afirmativă	„Altfel” „În locul”	„Ce vei face în loc de...?” „Ce altceva vei face?”
2. În termenii acțiunii	„Cum”	„Cum altfel te vei comporta?”
3. În termenii „aici și acum”	„Pe cale să...”	„Părăsindu-mi cabinetul acum și fiind pe cale să-ți rezolvi problema, ce anume vei face diferit, ce altceva diferit îți vei spune?”
4. Cât mai specific posibil	„Altceva..., altceva” „Mai specific...”	„Ce anume altceva vei face...?”; Altceva...?; „Mai specific, ce anume vei face...?”
5. În domeniul controlat de client	„Tu”	„Ce anume vei face tu când obiectivul va fi atins?”
6. În limbajul clientului	Utilizează cuvintele clientului	

7.4. Interviu terapeutic centrat pe soluție

1. Crearea colaborativă a unei noi realități psihologice. Se utilizează termenul de „boală iatrogenă” pentru a desemna problemele medicale determinate sau agravate de abordarea terapeutică a medicului. M. Erickson utilizează termenul de „sănătate iatrogenă” – cu referire la starea de sănătate determinată sau favorizată de relația terapeutică: „În timp ce am citit numeroase articole asupra maladiilor iatrogene și am asistat la

numeroase discuții asupra acestui subiect, există ceva asupra căruia nu mi-a fost dat să citesc mare lucru – este vorba despre sănătatea iatrogenă. Sănătatea iatrogenă este o preocupare majoră, mult mai importantă decât maladia iatrogenă” (Rossi și Ryan, 1986, p. 140).

Terapia centrată pe soluție creează între terapeut și client o realitate psihologică centrată pe aspectele pozitive care favorizează emergența „sănătății iatrogene”.

Ca terapeuți/consilieri influențăm puternic, în cursul interviului, imaginea pe care clienții noștri și-o formează despre situația și problemele lor. Ceea ce ne interesează, ceea ce ignorăm, felul în care formulăm întrebările, faptul de a întrerupe clientul sau de a rămâne tăcuți, toate acestea influențează imaginea pe care clientul și-o construiește despre situația sa.

De exemplu (O’Hanlon și Weiner-Davis, 1995, p. 62), dacă o persoană spune „Nu am nici un control asupra a ceea ce trăiesc”, terapeutul are mai multe alternative. El poate decide să rămână tăcut pentru a permite clientului să dezvolte această idee. Dar, de asemenea, poate decide să pună întrebări, iar alegerea întrebărilor pe care le va pune nu este ceva simplu. El poate solicita informații suplimentare asupra senzației lipsei de control, adică să se intereseze de simptome, de data apariției lor etc... Aceste întrebări vor da problemei un anumit aspect de gravitate. De asemenea, ar putea întreba „*Ce anume îți dă impresia că lucrurile par greu de controlat ?*”. Această întrebare poate introduce o notă de incertitudine în definirea problemei. O altă posibilitate ar fi: „*Ce anume este diferit în zilele în care ai senzația că lucrurile se află sub controlul tău ?*”. Această întrebare implică ideea că există zile în care problema nu se manifestă.

Respectivele tipuri de întrebări vor antrena discuția în direcții diferite, se vor finaliza cu imagini diferite asupra situației clientului și cu obiective și soluții diferite.

Analogia cu ceea ce se întâmplă la tribunal ilustrează foarte bine cum interviul poate – în funcție de obiectivele sale – să conducă la imagini uneori foarte diferite asupra aceleiași situații. Când avocatul apărării își interoghează clientul, el are interesul să evidențieze faptele care-l pun într-o lumină cât mai favorabilă, sperând astfel să obțină un verdict favorabil. Vine apoi rândul procurorului care, și el, pune întrebări asupra „faptelor”, dar obiectivul lui este acela de a construi o cu totul altă imagine despre acuzat. Cele două imagini sunt deseori atât de diferite, încât ne putem întreba dacă ele se referă la aceeași persoană.

Adepții terapiei centrate pe soluție se consideră „avocați ai apărării”. Întrebările lor evidențiază punctele tari, aptitudinile și resursele clienților. Formularea problemelor clientului se face în funcție de procesul de evaluare a acestuia. Centrarea pe aspectele slabe, pe lipsuri și insuccese va conduce la o anumită formulare a problemei, după cum centrarea pe resurse și pe puncte tari se va finaliza cu o altă formulare. E suficient să observăm cum aceleași plângeri și acuze conduc, în funcție de opțiunile teoretice ale terapeuților, la diagnostice diferite, pentru a ne convinge de veridicitatea afirmației anterioare.

Consecințele acestor observații sunt interesante și utile. Pornind de la datele brute referitoare la plângerile și acuzele clienților, formularea problemei este „negociată” între terapeut și client. Dacă problema este negociată, atunci, evident, terapeutul va negocia o problemă care să poată fi rezolvată, iar soluțiile acceptate în cursul acestei negocieri vor fi cele care pot să înglobeze cel mai bine schimbările pentru care clientul are resurse. Am amintit deja în paginile anterioare că sarcina principală a terapeutului este aceea de

a provoca clientul la descoperirea de alternative la formulările anterioare ale problemelor sau, după caz, a soluțiilor.

Terapia creează un context specific, care poate schimba imaginea persoanei despre situația sa și, în consecință, comportamentul său. Exemplul următor poate ilustra bine această idee.

Să ne imaginăm un copil care a căzut și s-a rănit ușor la genunchi. Imediat va căuta cu privirea în jur, pentru a vedea cum reacționează părinții sau alți adulți. Trebuie să se alarmeze? Dacă observă că oamenii din jur sunt îngrijorați, probabil va începe să plângă; dacă, dimpotrivă, este ridicat și lovit ușor peste fund, va suspina puțin și-și va continua joaca.

În linii mari, situația terapeutică activează mecanisme asemănătoare. Dacă mesajele verbale sau non-verbale îi indică faptul că situația lui este gravă și că trebuie, realmente, să fie îngrijorat de ceea ce se întâmplă, atunci el va trăi sentimente de neliniște și de depresie; dar dacă terapeutul „depatologizează” situația, „normalizează” problemele pacientului, atunci acesta va dezvolta alte reacții afective și comportamentale.

2. Modalități de construcție a soluțiilor. Obiectivele primei ședințe de terapie/consiliere sunt următoarele (O'Connell, 1998):

- formarea unei relații colaborative cu clientul;
- crearea unui climat favorabil schimbării;
- clarificarea obiectivelor terapiei;
- descoperirea resurselor clientului;
- formularea primelor prescripții terapeutice.

Înainte de a veni la noi, este posibil ca pacientul să fi solicitat ajutorul și altor terapeuți. Insuccesele terapeutice pe care le-a trăit transformă, deseori, dificultatea, inițial mică, într-o problemă gravă. De aceea terapeutul trebuie să exploreze cu atenție acest domeniu. Insuccesele anterioare, abordate adecvat, pot fi transformate într-un feedback util, care poate evidenția atât drumurile închise, cât și resursele pacientului.

Schema care urmează evidențiază direcțiile posibile pe care le poate explora interviul terapeutic (cf. Walter și Peller, 1992, p. 64). (Vezi figura nr. 4.)

Această schiță evidențiază trei dintre principalele caracteristici ale terapiei centrate pe soluție:

1. Centrarea pe aspectele pozitive, pe soluție și pe viitor facilitează schimbarea în direcția dorită.
2. Excepțiile de la fiecare problemă pot fi create de terapeut și client și pot fi utilizate în construirea soluțiilor.
3. Schimbarea se manifestă tot timpul.

Conform acestei scheme, există mai multe căi de construcție a soluțiilor:

(1) *De la scop la excepții*: această cale este utilizată atunci când pacientul, răspunzând la întrebarea „Cu ce scop te-ai prezentat la terapie?”, formulează scopuri care întrunesc criteriile unui scop bine definit, apoi identifică în istoria sa recentă manifestarea unor comportamente incluse în formulările scopului.

(2) *De la scop la soluții ipotetice*: această cale este utilizată în cazul în care pacientul nu poate identifica excepții, când afirmă că toate comportamentele-scop nu s-au manifestat deloc în istoria sa recentă sau că problema se manifestă tot timpul.

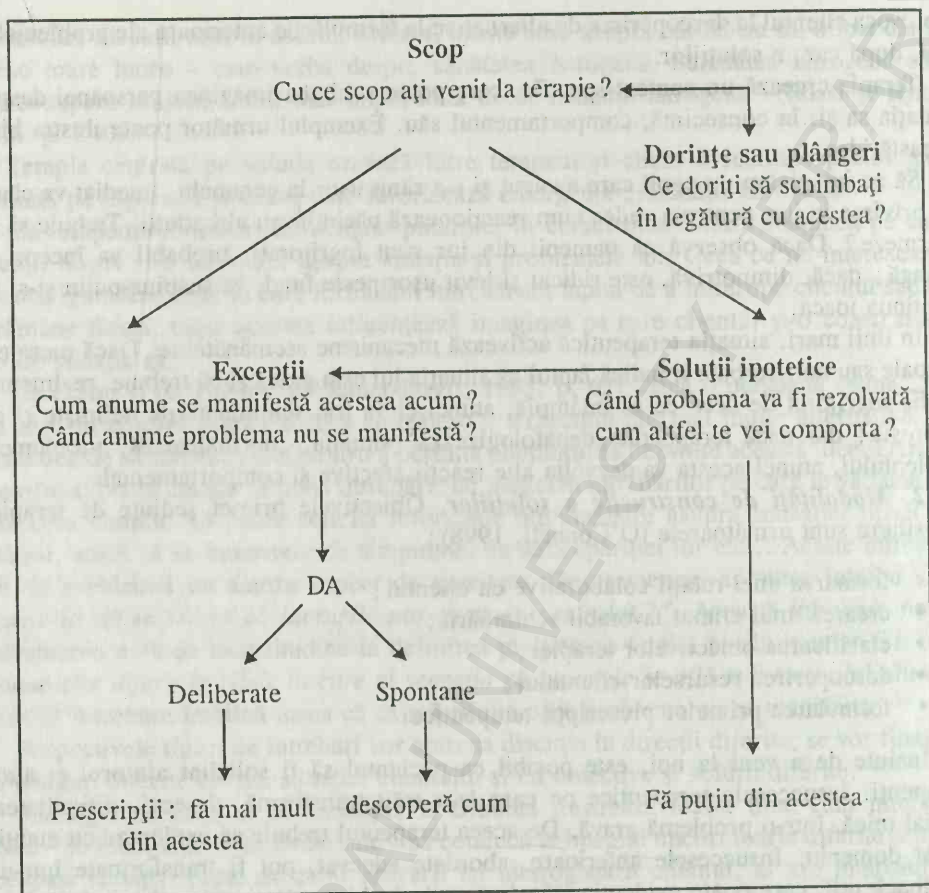


Figura nr. 4

În afara acestora, există alte două căi în care construcția soluției pornește nu de la scopuri – deoarece, în ciuda provocărilor inițiale, clientul nu formulează încă scopuri clare –, ci de la formularea problemei.

(3) De la formularea problemei – la excepții.

(4) De la formularea problemei – la soluții ipotetice.

Aceste ultime căi sunt eficiente doar în măsura în care problema este formulată în termenii acțiunii, excepțiile sau soluțiile ipotetice fiind construite din acțiuni opuse acțiunilor-problemă.

➤ Exemplu :

„Când anume acțiunea-problemă nu se întâmplă ?”.

„Când problema ta va dispărea, cum anume altfel te vei comporta ?”.

Vom prezenta în continuare, conform schemei, fiecare etapă a interviului.

a) **Dorințe și plângeri.** La întrebarea „Cu ce scop v-ați prezentat la terapie ?”, clienții răspund frecvent prin plângeri, acuze sau dorințe. Acestea sunt afirmații sau negații puternic încărcate afectiv. Ele exprimă cum dorește sau cum nu dorește să se simtă

clientul, dar nu ne informează cu nimic despre acțiunile care ar trebui inițiate pentru a obține sau a evita respectivele stări afective. Se întâmplă ca la întrebarea respectivă pacienții să invoce un diagnostic psihiatric. Nici diagnosticul nu poate conduce la scopuri eficiente, deoarece diagnosticul este o etichetă pentru problemele pacientului; eticheta diagnostică prezintă riscul identificării persoanei cu problema și ne împiedică să identificăm resursele și direcția schimbării.

Pentru a transforma aceste plângeri sau acuze în scopuri, putem formula mai multe tipuri de întrebări:

- „Îmi pare rău să aud cum se petrec lucrurile. Poți să-mi spui ce vrei să schimbi în legătură cu aceasta; cum altfel ai dori să te comporți?”
- „Îmi pare rău... Cum aș putea să te ajut în legătură cu aceasta?”
- „Îmi pare rău... Poți să-mi spui încă o dată ce rezultate aștepți de la terapie?”
- „Deși s-ar putea să ți se pară ciudat, poți să-mi spui cum situația despre care îmi vorbești a devenit o problemă pentru tine?”

Primele trei întrebări solicită răspunsuri orientate pozitiv, spre soluție, în timp ce ultima solicită o reformulare a problemei; dacă la această ultimă întrebare pacientul descrie problema în termenii acțiunilor pe care el le face, atunci, evident, acțiunile cu sens contrar ar putea conduce la soluție. În acest caz putem întreba în continuare: „Deci, ce vei face în loc de...?”

b) Scopul. Răspunsurile la întrebările care au ca obiectiv transformarea dorințelor sau acuzelor în scopuri trebuie confruntate cu criteriile unui scop bine definit. Dacă ele nu se conformează acestor criterii, terapeutul va continua interviul cu întrebări care să-l provoace pe client să enumere cât mai multe comportamente, realizate în contexte diferite și a căror punere în act să aibă pentru el semnificația redobândirii „normalității”.

În afara întrebărilor menționate, cu ocazia descrierii criteriilor unui scop bine definit, putem utiliza și alte întrebări orientate spre scop:

- Cât timp crezi că va trebui să treacă pentru a te simți mai bine?
- De câte ori te aștepți să ne întâlnim pentru a te simți mai bine?
- Cum vei ști că decizia de a te prezenta pentru terapie a fost o decizie bună?
- Cum crezi că terapia te-ar putea ajuta?
- Cum vei ști că lucrurile încep să meargă mai bine?

Răspunsurile referitoare la durata terapiei se pot transforma în predicții ce se autoîmplinesc. Un pacient, elev în clasa a IV-a, care începea terapia în luna iunie, la întrebarea: „Cât timp va trebui să treacă până te vei simți mai bine?” mi-a răspuns: „Până în septembrie mă voi simți bine, deoarece doresc să obțin rezultate bune la școală!”. Și așa a fost!

c) De la excepții la prescripții (soluții). Am amintit deja că schimbarea este continuă, excepțiile de la problemă sunt aproape inevitabile, iar clientul are tot ce-i trebuie pentru a-și rezolva problemele. Interviul terapeutic își propune să facă toate acestea cât mai evidente pentru client. De aceea terapeutul utilizează o serie de întrebări care vehiculează, într-o manieră implicită, indirectă, aspecte pozitive, credința în resursele clientului. Aceste întrebări îi provoacă pe clienți să-și privească situația dintr-un alt unghi. De

exemplu, întrebarea „*Ai încetat să-ți mai bați copilul ?*” are, inevitabil, un caracter acuzator. Observați diferența pe care o introduce următoarea întrebare: „*Poți să-mi vorbești despre momentele în care ai comunicat bine cu copilul tău ?*”. Această ultimă întrebare vehiculează o idee aflată la polul opus în raport cu cea sugerată de prima. Întrebările care conțin presupoziii pozitive conduc clienții în situația de a oferi răspunsuri autovalorizante. Prin însuși faptul că ei răspund la astfel de întrebări, clienții acceptă premisa implicită că schimbarea este inevitabilă.

O regulă simplă pentru construirea unor astfel de întrebări este aceea de a le formula într-o manieră deschisă, evitând întrebările la care se poate răspunde doar prin „Da” sau „Nu”. În loc să întrebăm: „*Nu ai făcut niciodată ceva care să funcționeze, să meargă ?*”, e bine să formulăm întrebarea astfel: „*Ce anume ai făcut bine în trecut, ce succese ai avut ?*”. Dacă prima întrebare vehiculează o anumită îndoială cu privire la succesele clientului, a doua, dimpotrivă, transmite certitudinea terapeutului în legătură cu resursele lui.

Drumul cel mai scurt către resurse și soluții îl reprezintă – așa cum am subliniat până acum – identificarea excepțiilor.

Întrebați cu privire la excepții, clienții rămân deseori tăcuți, absorbiți în gândurile lor. Această tăcere se datorează, între altele, faptului că oamenii clasează evenimentele vieții lor în *albe/negre, bune/rele*: „Gigel nu învață niciodată!”; „Soțul nu face niciodată proiecte referitoare la viața noastră comună!” etc.

O altă sursă a surprizei pacienților este faptul că ei se așteaptă ca terapeutul să se intereseze de problemele, nu de succesele lor.

Un fapt observat relativ frecvent este apariția unor schimbări pozitive în perioada dintre obținerea primei programări la terapie și ședința de psihoterapie. Deși clienții consideră aceste schimbări întâmplătoare, evidențierea acestora favorizează crearea unui climat favorabil schimbării terapeutice. Weiner-Davis, Shazer și Gingerich (1987), care au studiat schimbările intervenite în viața clienților în intervalul dintre programarea la terapie și prima ședință, au raportat că două treimi dintre pacienți au semnalat schimbări pozitive în acest interval. Ei au adresat clienților următoarele trei întrebări:

1. „*Deseori, între programare și prima ședință de terapie, oamenii observă că lucrurile li se par diferite. Ce anume ai observat cu privire la propria ta situație ?*”
2. Dacă au fost observate schimbări: „*Aceste schimbări sunt în legătură cu problema ta ?*”
3. Dacă au fost observate schimbări: „*Acest fel de schimbări – care s-au produs – dorești să continue să se producă ?*”.

Aceiași autori notează că restul pacienților care nu semnalaseră schimbări înaintea terapiei au observat astfel de schimbări mai târziu, în cursul primei ședințe. Existența acestor schimbări care precedă terapia evidențiază și mai pregnant ideea existenței excepțiilor de la problemă. Este suficient ca terapeutul să utilizeze întrebări adecvate – deseori întrebări care conțin presupozitia excepției – pentru a le evidenția. Vom prezenta în continuare câteva tipuri de astfel de întrebări.

• „*Ce anume este diferit în momentele în care... (te înțelegi bine cu soțul / soția, Gigel merge la școală etc.) ?*”. Cu ajutorul acestei întrebări explorăm toate diferențele dintre situațiile în care problema se produce și cele în care nu se produce. Există situații în care clienții sunt incapabili să identifice chiar și cea mai mică excepție. În astfel de

cazuri este bine să ne arătăm puțin surprinși, menționând că majoritatea clienților raportează că nu întotdeauna problema are aceeași intensitate sau că sunt într-adevăr momente în care problema nu se manifestă. Pentru a stimula identificarea excepțiilor putem sugera unii factori care ar fi putut face lucrurile mai suportabile (de exemplu: vizita unui prieten, o excursie etc.).

Referitor la construcția întrebării, trebuie să observăm două aspecte:

1. întrebarea vehiculează certitudinea existenței unor diferențe; noi nu întrebăm: „Există momente în care...?”, ci „Ce diferențe există între momentele în care...?”;
2. obiectivul este exprimat totdeauna în termeni pozitivi: „Când vă înțelegeți bine...”, și nu „Când nu vă certați...”.

Când clienții persistă în a nega existența unor momente în care problema nu se manifestă, putem căuta excepțiile apelând la întrebări care au ca scop identificarea celor mai bune momente ale situațiilor dificile: „Când anume acestea sunt mai puțin grave, mai puțin frecvente, mai puțin intense sau de mai scurtă durată?”. Putem face și sugestii absurde pentru a evidenția existența excepțiilor, întrebând de pildă: „Asta se întâmplă și când dormiți?”.

• „Cum ați procedat pentru ca aceasta să se producă?” Imediat ce clientul semnalează existența unei excepții, întrebăm: „Cum ați procedat, ce anume ați făcut pentru ca aceasta să se producă?”. Răspunzând la această întrebare, clientul conștientizează mai bine și-și organizează mai eficient diverse comportamente pozitive. În plus, punând această întrebare, îl provocăm pe client să-și asume responsabilitatea schimbărilor pozitive. Chiar dacă el neagă, la început, această atribuire spunând: „Nu am făcut nimic! Situația era pur și simplu pregătită pentru schimbare”, noi putem sugera: „Probabil ați făcut ceva care să fi pregătit această situație pentru schimbare. Ce anume ar putea fi?”.

• „În ce fel anume ziua în care (excepția) se produce diferă de celelalte zile?” Această întrebare vizează identificarea elementelor pozitive ale contextului spațio-temporal.

• „Cine altcineva a remarcat că...? (ai slăbit 5 kg, ți-ai făcut temele, v-ai înțeles bine în ultimul week-end etc.?) Ce te face să crezi că schimbarea a fost observată? Cum anume altfel s-a comportat sau ce ți-a spus persoana care a observat că...?”. Reacțiile pozitive ale persoanelor semnificative din jur sunt recompense care întrețin și amplifică schimbările pozitive.

• „Cum ai reușit să pui capăt... (mâniei, certurilor etc.)?”. La o astfel de întrebare nu se răspunde ușor. Majoritatea oamenilor își amintesc mai bine cum a început o dispută și mai puțin cum a fost ea rezolvată sau relativa liniște care a urmat. Într-un cuplu în care disputele sunt frecvente, acuza care alimentează cearta este deseori „Tu ești cel care a început...!”. Prin urmare, ne focalizăm atenția mai degrabă asupra debutului problemei, considerând că sfârșitul ei se datorează unor cauze firești.

Întrebând o mamă care are frecvente certuri cu copilul său „Cum faci ca cearta să înceteze?”, există o mare probabilitate să primim următorul răspuns: „După un timp,

complet exasperată, las lucrurile baltă și mă comport ca și cum el ar fi absent. Puțin timp după aceea el se oprește”. Deseori oamenii nu consideră ignorarea celorlalți ca pe o soluție, ci mai degrabă ca pe un fel de capitulare frustrantă. Acest punct de vedere ar putea fi modificat punând o întrebare de tipul următor : „Cum ați ajuns să vă dați seama că, pentru a rezolva această problemă, cea mai bună soluție este să-l ignorați? Este într-adevăr un lucru extraordinar!”. Chiar dacă persoana nu a ajuns la această soluție intenționat, întrebarea noastră o pune în situația autovalorizantă de a-și asuma rezolvarea problemei.

- *„În ce fel maniera în care ai acționat ultima dată diferă de felul în care ai putut face față unor situații similare... (cu o săptămână, cu o lună... în urmă)?”*. Prin această întrebare evidențiem apariția unor comportamente pozitive „noi”, care ar fi trecut neobservate dacă nu am fi focalizat atenția clientului asupra lor. Astfel îl provocăm pe client să realizeze mai multe autoatribuiri pozitive, deși rareori un comportament „nou” este, cu adevărat, în întregime nou.

- *„Ce faci pentru a te distra? Cum îți petreci timpul liber, ce anume te interesează cel mai mult?”*. Utilizând această întrebare, declanșăm o căutare și în alte domenii a resurselor, aptitudinilor, deprinderilor, cunoștințelor necesare rezolvării problemelor.

- *„Ai avut cumva această dificultate și în trecut? (dacă „Da”) Cum ai rezolvat-o atunci? De ce anume ai nevoie pentru a acționa la fel?”*. Cu această întrebare ne propunem să realizăm transferul soluțiilor trecute la problemele actuale. Mulți oameni cred că, dacă problema a reapărut, soluția utilizată a fost o falsă soluție. Adevărul este că deseori problema reapare pentru că, după ce am rezolvat-o, redevenim în scurt timp prizonierii vechiului mod problematic de a gândi și acționa. Întrebarea menționată le reamintește clienților soluția utilă uitată!

După ce am identificat excepțiile, întrebarea firească este ce facem cu ele. Pentru ca excepțiile să conducă spre soluții, ele trebuie să îndeplinească trei condiții :

1. să fie formulate astfel încât să satisfacă criteriile unui scop bine definit ;
2. producerea lor să fie acceptată de client ca scop al terapiei ;
3. clientul să aibă credința că poate face ca ele să continue, să persiste.

Am amintit deja întrebările necesare provocării unor răspunsuri în termenii unui scop bine definit. De aceea, vom menționa doar două întrebări pentru verificarea ultimelor două condiții ale excepțiilor :

- *„Deci, dacă vei continua să faci toate aceste lucruri, vei considera că ești pe cale să obții ceea ce ți-am propus venind la terapie?”* ;

- *„Cum anume vei proceda pentru ca acestea (excepțiile) să continue să se manifeste?”*.

d) *Soluția ipotetică*. Cadrul de referință al soluției ipotetice este utilizat atunci când pacientul are dificultăți în găsirea unei perspective pozitive pentru formularea scopului sau când nu poate găsi excepții, din cauză că rămâne centrat pe problemă. Pentru

identificarea soluțiilor ipotetice se pun întrebări orientate spre viitor, cu scopul de a-l provoca pe client să descrie cât mai clar și mai specific posibil *ce și cum* va fi viața lui după dispariția problemei. Formula standard pentru provocarea soluțiilor ipotetice este așa-numita „întrebare miracol” – formulată pentru prima dată de S. de Shazer (1988):

„Imaginează-ți că într-o noapte, în timp ce dormi, se întâmplă un miracol și problema despre care mi-ai vorbit dispare. Deoarece erai adormit, nu ai cum să știi că miracolul a avut loc. Când te vei trezi, care vor fi pentru tine primele semne că miracolul s-a întâmplat? Ce anume va fi diferit?”.

Această întrebare este similară tehnicii bilei de cristal utilizată de M. Erickson, în care el invita pacienții să privească în viitor și apoi să explice cum anume s-a întâmplat ceea ce s-a întâmplat. Deseori, Erickson invita clienții să-și imagineze o dată în calendar când lucrurile vor fi mai bune, apoi să revină dinspre acest viitor spre prezent, pentru a vedea ce anume s-a întâmplat pe parcurs.

Terapeutul ajută clientul să dezvolte răspunsuri la întrebarea-miracol, utilizând o ascultare activă, empatizând și punând întrebări cu potențial terapeutic. Iată câteva direcții de acțiune:

- Invită clientul să descrie, în detaliu, prima zi după miracol și explorează cum diferențele, comportamentele noi din prima parte a zilei influențează ce se întâmplă după-amiaza și seara;
- Pune întrebări pentru a identifica cum anume miracolul influențează comportamentul celorlalte persoane.
 - „Care va fi prima persoană din familie care va observa că s-a întâmplat miracolul? Cum va reacționa?”;
 - „Cum vei ști că cei din jurul tău au observat schimbările produse de miracol?”;
 - „Cum anume se va comporta partenerul tău (sof, soție, colegi, prieteni etc.), după ce miracolul va fi avut loc?”;
 - „Cum te vei simți când vei face toate acestea?”.
- Utilizează diverse reformulări ale întrebării-miracol:
 - „Dacă vei merge mâine la lucru (sau la școală, acasă ori în orice alt loc unde se manifestă problema) și toate problemele tale vor fi rezolvate, ce anume se va întâmpla? Cum anume alfel te vei comporta?”;
 - „Presupunând că ai putea relua de la început slujba (sau relația cu... sau orice altceva) ce ai dori să se întâmple? Cum alfel te-ai comporta?”;
 - „Dacă ai merge mâine la lucru (acasă, la școală etc.) și situația care a determinat necazul tău va fi dispărut, ce crezi că ai observa?”.

Întrebarea-miracol este utilă și în terapia familiei și cuplului. Fiecare membru oferă versiunea sa despre cum ar fi viața lor fără problemă. Aceste răspunsuri pot fi utile celorlalți membri ai familiei. Întrebarea-miracol poate fi combinată cu tehnica chestionării circulare; astfel, clientul este provocat să anticipeze cum va răspunde alt membru al familiei la întrebarea-miracol. Întrebările de acest tip ar muta discuția din domeniul blamului, al acuzelor reciproce într-un cadru de referință pozitiv.

Cu clienții-copii care transgresează ușor granița dintre real și imaginar și pentru care întâmplările fantastice din basme și filme sunt mult mai „reale” decât pentru adulți, putem utiliza următoarea variantă a întrebării-miracol: „*Dacă aș utiliza o baghetă magică cu care aș rezolva problema ta, cum altfel te vei comporta? Ce anume vei face altfel decât până acum?*”. Copiii au, de asemenea, o bună capacitate de a juca diferite roluri. De aceea putem utiliza și o întrebare de tipul: „*Hai să ne prefacem că problema ta este rezolvată și că ai fi mai norocos cu privire la... (relațiile cu colegii de școală, note mai bune la învățătură etc.) Ce anume vei face altfel decât până acum?*”.

Deoarece scopul terapiei este producerea unor schimbări comportamentale prezente, trebuie să stimulăm clientul să exploreze dacă nu cumva soluțiile ipotetice se manifestă deja în prezent: „*Povestește-mi, te rog, despre momentele în care, uneori, aceasta (soluția ipotetică) se manifestă chiar în mică măsură în prezent!*”. Utilizând cuvintele „*uneori*” și „*în mică măsură*”, este posibil să stimulăm clienții să identifice mai ușor excepțiile de la problemă. Dacă clienții reușesc să identifice aceste excepții (momentele în care soluția ipotetică se manifestă deja), construcția soluției va trece din cadrul de referință al soluțiilor ipotetice în cel al excepțiilor.

Sunt autori (O'Hanlon și Weiner-Davis, 1995) care subliniază că, pentru identificarea soluției ipotetice, trebuie să utilizăm verbele mai degrabă la viitor, decât la condițional: „*Cum altfel te vei comporta când problema ta va dispărea?*” și nu „*Dacă problema ta ar dispărea cum altfel te-ai comporta?*”. Utilizând verbele la viitor, exprimăm certitudinea în legătură cu schimbările ce vor apărea și eliminăm orice îndoială pe care implicat o vehiculează construcțiile verbale ipotetice.

e) Prescripții terapeutice. Conform schemei de construcție a soluțiilor, după identificarea excepțiilor sau a soluțiilor ipotetice, urmează stabilirea prescripțiilor terapeutice, prin a căror punere în act clientul își atinge scopurile pentru care s-a prezentat la terapie. Principalele prescripții terapeutice sunt (Walter și Peller, 1992):

1. *Observă momentele pozitive!*
2. *Fă mai mult din comportamentele pozitive sau excepții!*
3. *Descoperă cum apar excepțiile spontane!*
4. *Fă puțin din elementele soluției ipotetice!*

e.) Observă momentele pozitive! Această prescripție are un caracter strict observativ și-și are originea în prescripția formulată de S. de Shazer și Molnar (1984): „*Între ședința de azi și întâlnirea noastră viitoare aș dori să observi ce anume se petrece în viața ta (căsnicie, familie etc.) și ai dori să continui să se petreacă și în viitor.*”

Spun deseori pacienților mei că aștept de la ei „*Jurnalul evenimentelor pozitive*”. Sarcina poate fi formulată și mai specific, pentru a include unele elemente ale scopului deja formulat: „*Aș dori ca până data viitoare să observi momentele în care vorbești cursiv și-ți exprimi părerea atunci când ea diferă de opinia celorlalți membri ai grupului.*” Observați că, deocamdată, nu cerem clienților să facă ceva anume, să schimbe ceva în comportamentul lor. Ideea că *ar trebui să facă* ceva diferit ar putea activa o anume teamă de schimbare, în timp ce prescripția observativă pare un pas mai simplu de efectuat.

Punerea în practică a acestei prescripții se poate finaliza cu schimbarea imaginii clientului despre situația în care se află; el poate vedea acum și „partea plină a paharului”. Și cum comportamentul este determinat de imaginea noastră despre realitate,

această schimbare poate atrage cu sine un ciclu al schimbărilor pozitive, care să-l apropie pe client de obiectivele propuse. În plus, centrarea pe viitor și pe aspectele pozitive creează atitudini sanogenetice care pot deveni predicții ce se autoîmplinesc.

e.) *Fă mai mult din comportamentele pozitive sau excepții !* (atunci când acestea sunt percepute ca deliberate și sub controlul clientului). Dacă interviul produce excepții de la problemă sau identifică manifestarea unor comportamente aflate în domeniul soluției – despre care clientul afirmă că le poate produce deliberat –, atunci instruiim clientul să continue să producă aceste excepții și să observe ce se întâmplă. Pentru a stimula clientul să-și asume responsabilitatea și controlul excepțiilor identificate în cursul interviului, terapeutul trebuie să-i furnizeze acestuia un feedback pozitiv și să-l provoace prin întrebări de tipul :

„Cum ai hotărât să procedezi astfel ?” ;

„Cum explici ceea ce s-a întâmplat (momentele pozitive, excepțiile) ?”.

e.) *Descoperă cum apar excepțiile spontane !* Această prescripție este, și ea, expresia principiilor centrării pe aspectele pozitive și a permanenței schimbării. Primind o astfel de prescripție, pacientul – la fel ca atunci când privește o imagine dublă – își schimbă perspectiva asupra situației sale: în loc să se centreze asupra problemei, se va centra asupra aspectelor pozitive. La fel cum centrarea pe problemă poate induce și agrava problema, centrarea pe aspectele pozitive și pe excepții poate declanșa și accentua evoluția pozitivă a clientului. Pentru a crea așteptări pozitive, prescripția poate lua următoarea formă :

„Deoarece oricând pot apărea momente în care te simți bine, trebuie să fii mereu atent la ceea ce faci și gândești pentru a te simți bine ; altfel nu vei putea să-mi spui cum anume au apărut aceste stări sau comportamente pozitive.”

e.) *Fă puțin din elementele soluției ipotetice !* Se poate întâmpla ca, în cursul interviului, să nu identificăm excepții de la problemă sau comportamente pozitive și singurele informații care să poată fi utilizate pentru continuarea terapiei să fie doar cele referitoare la soluțiile ipotetice. În același timp, nu putem trimite pacienții acasă spunându-le să practice soluțiile ipotetice, deoarece acestea – după cum am văzut – sunt încă de domeniul miracolului. De aceea trebuie să dezvoltăm cu clientul un proces de negociere și „experimentare”. La întrebarea-miracol sau la variante ale acesteia, clientul enumeră o serie de comportamente a căror manifestare va semnifica pentru acesta dispariția problemei. Terapeutul trebuie să provoace descrieri cât mai detaliate ale acestui viitor fără probleme. Cu cât aceste descrieri sunt mai detaliate și cuprind comportamente mai variate, cu atât putem identifica mai ușor, împreună cu clientul, unul sau mai multe comportamente care să poată fi puse în act până la ședința următoare. Să presupunem că un elev – care are probleme cu colegii la școală – răspunde la întrebarea-miracol enumerând următoarele comportamente : „aș discuta cu colegii în timpul pauzelor, aș împrumuta cărți colegilor, mi-aș exprima ușor opinia atunci când ea diferă de cea a colegilor, i-aș invita pe unii dintre ei acasă, aș juca cu ei fotbal în timpul liber etc.”. În acest caz, terapeutul poate întreba : „Care din aceste comportamente crezi că ar putea fi puse în act, să le „experimentezi” până la viitoarea noastră întâlnire ?”.

7.5. Intervenții asupra schemelor comportamentelor – simptom

Terapia centrată pe soluție își propune, între altele, schimbarea felului în care clienții acționează în situații percepute ca problematice. Oamenii devin, deseori, prizonierii unor stereotipuri comportamentale ineficiente; referindu-se la acest fapt, psihanalistii vorbesc despre compulsiile la repetiție, iar reprezentanții Școlii de la Palo Alto despre „soluții ce mențin problema”. Schimbările în felul de a acționa pot antrena o schimbare în cadrul de referință al clienților și, prin aceasta, pot evidenția resurse noi uitate. În plu., o schimbare inițială, chiar minoră, poate antrena un ciclu ulterior al schimbării, care să-l apropie pe client de obiectivul său.

Iată câteva tipuri de intervenții propuse de O'Hanlon și Weiner-Davis (1995) pentru modificarea schemelor comportamentelor-problemă. Multe dintre acestea își au originea în teoria și practica terapeutice, promovate de M. Erickson și reprezentanții Școlii de la Palo Alto:

- a) *modificarea frecvenței sau ritmului;*
- b) *schimbarea organizării simptomului în timp;*
- c) *schimbarea locului de desfășurare a simptomului;*
- e) *introducerea unui element nou în schema de desfășurare a simptomului;*
- f) *schimbarea succesiunii elementelor sau a evenimentelor în schema de desfășurare a simptomului;*
- g) *divizarea schemei simptomului în elemente mai mici;*
- h) *legarea desfășurării simptomului de unele activități neplăcute.*

7.6. Menținerea și amplificarea schimbării terapeutice

Am amintit deja că schimbarea se manifestă tot timpul; sarcina terapiei este aceea de a orienta această schimbare într-un sens pozitiv, de a o menține și amplifica. Pentru atingerea acestui obiectiv, terapeutul/consilierul poate utiliza mai multe strategii (O'Connell, 1998). Strategiile pot fi concretizate într-un număr de întrebări care orientează comportamentul clientului spre atingerea scopului pentru care s-a prezentat la terapie:

- **Strategii de menținere:** Ce anume trebuie să se întâmple pentru ca schimbările să continue să se manifeste? Ce ar putea să împiedice manifestarea lor? Cum ai putea depăși aceste obstacole? Ce ar merita să faci din nou (poate într-o formă ușor schimbată)? Ce crezi că ar trebui să continue din tot ceea ce faci? Care ar fi primul lucru pe care îl vei face de îndată ce vor apărea primele semne că problema se manifestă din nou? Cine ar putea să te ajute să faci toate acestea?
- **Strategii de învățare:** „Cum te-ai hotărât să faci aceasta? Ce ai învățat din tot ce ai făcut până acum? Ce ai învățat să nu mai faci? Ce faci pentru a rezista să nu mai faci acest lucru din nou? Ce vei câștiga când vei abandona „falsele soluții”? Ce ai învățat despre ceea ce ar trebui să faci în locul acestora? Cum vei fi în stare să-ți amintești ceea ce ai învățat, dacă problema apare din nou? Există vreo strategie pe care te gândești să o experimentezi? Există anumite aspecte ale problemei pe care simți că trebuie să le ignori și altele pe care crezi că trebuie să le schimbi?”;

- **Strategii de evaluare:** „Consideri că această terapie te ajută? Schimbările care apar sunt în direcția dorită de tine? Scopurile tale au rămas aceleași ori s-au modificat? Ce ar trebuie să facem noi mai mult sau mai puțin? Este ceva care lipsește și crezi că eu ar trebui să știu acest fapt? Ce altceva ar trebui să știu pentru a te ajuta mai bine?”.

Structura celei de-a doua ședințe de terapie și a următoarelor depinde de natura, importanța și magnitudinea schimbărilor raportate de clienți. Simplificând situația, aplicând criteriul amintit, pacienții pot fi împărțiți în trei mari grupe (O'Hanlon și Weiner-Davis, 1995):

- grupul „miracol”;
- grupul „așa și așa”;
- grupul „la fel sau mai rău”.

Strategia adoptată în a doua ședință se realizează în funcție de grupul în care se plasează clientul.

a) **Grupul „miracol”.** Clienții care fac parte din acest grup relatează în detaliu schimbările pozitive care s-au produs de la ședința precedentă. Terapeutul va utiliza adecvat întrebări aparținând strategiilor de menținere, de învățare sau evaluare. De pildă, terapeutul poate întreba: „Ce ar trebui să faci pentru ca aceste schimbări să continue să se manifeste?”. Pentru a explora eventualele dificultăți privind continuarea comportamentelor pozitive, terapeutul va folosi întrebarea: „S-ar putea produce ceva în săptămânile următoare care să pună sub semnul întrebării aceste schimbări pozitive?”. În cazul unui răspuns afirmativ, terapeutul va continua: „Ce anume ar putea fi?” (se solicită descrieri detaliate), „Cum altfel vei reacționa de această dată?”.

b) **Grupul „așa și așa”.** Se poate întâmpla ca după întrebarea obișnuită „Deci, ce lucruri pozitive s-au întâmplat în săptămâna care s-a scurs de la ultima noastră întâlnire?”, clientul să înceapă să vorbească despre momentele dificile pe care le-a avut. În astfel de cazuri, terapeutul/consilierul va întrerupe politicos clientul, asigurându-l că vor reveni asupra dificultăților mai târziu și-l va invita să-i relateze aspectele pozitive, chiar aparent minore. Discutarea aspectelor pozitive creează un climat favorabil abordării ulterioare a momentelor dificile. În plus, clientul va învăța că drumul cel mai scurt către soluții îl reprezintă analiza reușitelor lui, a momentelor pozitive pe care, într-un fel sau altul, le-a provocat. Revenind asupra momentelor dificile, putem evidenția apariția unor schimbări: „Cum altfel decât până acum ați făcut față acestor dificultăți?”.

Cu pacienții aparținând acestui grup putem utiliza așa-numitele „întrebări scalare” (*scaling questions*), dezvoltate de Centrul de Terapie Familială Scurtă (Shazer). Aceste întrebări sunt utile pentru identificarea, menținerea și amplificarea schimbărilor. Se cere clienților să evalueze, pe o scară de la unu la zece, situația lor înainte de debutul terapiei (sau când situația lor era dificilă). Apoi li se cere să evalueze starea lor din ultima săptămână cu ajutorul aceleiași scări. În sfârșit, sunt apoi întrebați ce notă i-ar mulțumi pentru săptămâna următoare. Această ultimă întrebare le permite clienților să realizeze că lucrurile nu trebuie să fie perfecte pentru a fi mulțumiți.

Astfel, dacă un client evaluează starea lui înainte de începerea terapiei cu „2” și cea din săptămâna trecută cu „6”, el spune apoi că pentru a fi mulțumit ar trebui să-și poată

da nota „8”, putem continua : „*Poți descoperi unul, două lucruri pe care ai putea să le faci săptămâna viitoare și următoarea pentru a ajunge la nota 7?*”. Trebuie să ne asigurăm că răspunsurile clientului se referă la comportamente posibile, apoi formulăm următoarea prescripție : „*Între întâlnirea de azi și cea de săptămâna viitoare, remarcă și notează toate lucrurile pe care le faci și care te-ar putea determina să-ți atribui nota 7.*”

c) Grupul „la fel sau mai rău”. Când clienții declară că lucrurile au rămas neschimbate – trebuie să ne amintim că schimbarea se manifestă tot timpul – ; dacă ei afirmă că situația lor s-a înrăutățit ; este posibil ca doar unele elemente ale situației lor să se fi agravat, în timp ce altele să fi avut o evoluție pozitivă. De aceea, o descriere detaliată a evenimentelor din săptămâna precedentă este foarte utilă. Dacă situația terapeutică pare blocată, adoptând o perspectivă sistemică, trebuie să ne întrebăm dacă în cabinetul nostru se află persoana care trebuie ; deseori familia, de pildă, „desemnează” pe unul din membrii săi drept purtătorul problemei, deși acesta afirmă că el nu are nici o problemă. Pentru a provoca o schimbare terapeutică, trebuie să se acționeze asupra persoanelor care percep și trăiesc problema ; ele sunt suficient de motivate pentru a se angaja într-un travaliu terapeutic eficient și tot ele pot să ne semnaleze, corect, dacă terapia progresează sau nu.

Dacă terapia bate pasul pe loc, trebuie să ne întrebăm :

1. „*Cine este clientul nostru ?*”, „*Cine se plânge și de ce anume ?*”, „*Cine dorește schimbarea ?*”, „*Cine percepe problema ?*” ;

2. „*Care este obiectivul ?*”, „*Cum vom ști dacă l-am atins ?*”.

Între riscurile pe care le implică terapia este și cel care decurge din practicarea de către terapeut a unor „soluții care mențin problema”, adică perseverarea în aplicarea unor demersuri care nu s-au dovedit eficiente la primele încercări. În această situație trebuie să ne amintim ce spunea A. Watts (1966) : „Problemele care rămân fără soluție pe termen lung trebuie totdeauna să ne facă să ne gândim dacă nu cumva este vorba de o întrebare prost pusă”.

Desigur că, dacă nu obținem rezultatele așteptate într-un timp rezonabil, noi sau clienții noștri trebuie să luăm decizia de a ne opri.

Bibliografie

- ALBARELLO, L. (1999), *Apprendre à chercher. L'acteur social et la recherche scientifique*, De Boeck & Larcier, Paris, Bruxelles
- ALLPORT, G.W. (1981), *Structura și dezvoltarea personalității*, EDP, București
- BANDLER, R. (1990), *Un cerveau pour changer*, InterEditions, Paris
- BARRIER, G. (1996), *La communication non verbale*, ESF, Paris
- BARBER, T.X. (1984), „Les pièges de la recherche”, in MICHIELS-PHILIPPE, M.P., *L'observation*, Neuchâtel, Delachaux & Niestle, Paris
- BAYLON, CH., MIGNOT, X. (2000), *Comunicarea*, Ed. Universității „Al.I. Cuza”, Iași
- BEAUGRAND, J.P. (1988), „Observation directe du comportement”, in ROBERT, M. (ed.) (1988), *Fondements et étapes de la recherche scientifique en psychologie*, Saint-Hyacinthe, Edisem, Québec, Paris
- BENONY, H., CHAHRAOUI, K. (1999), *L'entretien clinique*, Dunod, Paris
- BERNARD, C. (1984), „De l'observation et de l'expérimentation”, in MICHIELS-PHILIPPE, M.P., *L'observation*, Delachaux & Niestle, Neuchâtel, Paris
- BERNAUD, J.-L. (1998), *Les méthodes d'évaluation de la personnalité*, Dunod, Paris
- BOUVARD, M., COTTRAUX, J. (1996), *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie*, Masson, Paris, Milan, Barcelone
- BREAKWELL, G.M., HAMMOND, S., FIFE-SCHAW (eds.) (1995), *Research Methods in Psychology*, Sage Publications Ltd., London
- BUNGE, M. (1984), „L'observation”, in MICHIELS-PHILIPPE, M.P., *L'observation*, Delachaux & Niestle, Neuchâtel, Paris
- CAYROL, A., BARRERE, P. (1994), *La programmation neuro-linguistique (PNL)*, ESF, Paris
- CÈLESTE, B. (1993), „Bases du développement”, in GHIGLIONE, R., RICHARD, J.F. (1993), *Cours de psychologie. II. Bases, Méthodes, Epistémologie*, Dunod, Paris
- CHELCEA, S. (1975), *Chestionarul în investigația sociologică*, Ed. Științifică și Enciclopedică, București
- CHILAND, C. (coord.) (1992), *L'entretien clinique*, PUF, Paris
- CICCONE, A. (1998), *L'observation clinique*, Dunod, Paris
- CLONINGER, S.C. (1996), *La personnalité. Description, Dynamique, et Développement*, Flammarion, Paris
- COLLETTE, A. (1985), *Introduction à la psychologie dynamique*, Ed. de l'Université de Bruxelles, Bruxelles
- COSMOVICI, A. (coord.) (1972), *Metode pentru cunoașterea personalității. Cu privire specială la elevi*, EDP, București
- COSMOVICI, A., CALUSCHI, M. (1985), *Adolescentul și timpul său liber*, Junimea, Iași
- COTTRAUX, J. (1990), *Les thérapies comportementales et cognitives*, Masson, Paris, Milan, Barcelone, Mexico
- COTTRAUX, J., BOUVARD, M., LÉGERON, P. (1985) *Méthodes et échelles d'évolution des comportements*, Ed. EAP, Issy-Les-Moulineaux

- CRONBACH, L.J. (1970), *Essentials of Psychological Testing*, Harper International Edition, New York, Evanston, London
- CUISINIER, F., WEIL-BARAIS, A., MOURAS, J.-R., GOTTESDIENER, H. (1997), „Construire des instruments d'observation”, in WEIL-BARAIS, A. (ed.) (1997), *Les méthodes en psychologie*, Breal, Rosny
- DAFINOIU, I. (2000), *Elemente de psihoterapie integrativă*, Polirom, Iași
- DENZIN, N.K., LINCOLN, Y.S. (eds.) (1994), *Handbook of Qualitative Research*, Sage Publications Ltd., Thousand Oaks, London, New Delhi
- DOVERO, M., GREBOT, E. (1992), *Enseigner, former, conseiller avec PNL*, ESF, Paris
- DROZ, R. (1984), „Observation sur l'observation”, in MICHIELS-PHILIPPE, M.P., *L'observation*, Delachaux & Niestle, Neuchâtel, Paris
- DYER, C. (1995), *Beginning Research in Psychology*, Blackwell, London.
- EDELSTEIN, B.A. (1991), „Clinical Training”, in HERSEN, M., KAZDIN, A.E., BELLACK, A.S. (eds.) (1991), *The Clinical Psychology Handbook*, Pergamon Press, New York, Oxford, Tokyo, Toronto
- EGAN, G. (1990), *Exercises in Helping Skills. A Training Manual to Accompany The Skilled Helper*, Books/Cole Publishing Company, Pacific Grove, California
- FANQUE, C., PASCHOUD, J. (1984), „Exemples d'observation non participante, non provoquée”, in MICHIELS-PHILIPPE, M.P., *L'observation*, Delachaux & Niestle, Neuchâtel, Paris
- FÈVRE, L., SOTO, G. (1995), *Guide du praticien en PNL*, Chronique Sociale, Lyon
- FINK, A. (1995), *How to Ask Survey Questions*, Sage Publications Ltd., Thousand Oaks, California, London, New Delhi
- FINN, S.T.E., BUTCHER, J.N. (1991), „Clinical Objective Personality Assessment”, in HERSEN, M., KAZDIN, A.E., BELLACK, A.S. (eds.) (1991), *The Clinical Psychology Handbook*, Pergamon Press, New York, Oxford, Tokio, Toronto
- FREUD, S. (1980), *Introducere în psihanaliză. Prelegeri de psihanaliză. Psihologia vieții cotidiene*, EDP, București
- GELSO, C.J., CARTER, J.A. (1994), „Components of the psychotherapy relationship: their interaction and unfolding during treatment”, in *Journal of Counseling Psychology*, vol. 41, nr. 3, pp. 196-306
- GHIGLIONE, R., MATALON, B. (1985), *Les enquêtes sociologiques. Théorie et pratique*, Armand Colin, Paris
- GHIGLIONE, R., RICHARD, J.F. (1993), *Cours de psychologie. II. Bases, Méthodes, Epistémologie*, Dunod, Paris
- GOLDSTEIN, G., HEARSEN, M. (1990), *Handbook of Psychological Assessment*, Pergamon Press, New York
- GRAWITZ, M. (1993), *Méthodes de sciences sociales*, Dalloz, Paris
- GREENBERG, S.L. (1994), „What is «Real» in the Relationship? Comment on Gelso and Carter (1994)”, in *Journal of Counseling Psychology*, nr. 41, pp. 307-309
- GUILLAUMIN, J. (1965), *La dynamique de l'examen psychologique*, PUF, Paris
- GUITTET, A. (1990), *L'entretien*, ESF, Paris
- HARGIE, O.D.W. (1997), *The Handbook Communication Skills*, Routledge, London & New York
- HATZFELD, H., SPIELGESTEIN, J. (2000), *Méthodologie de l'observation sociale. Comprendre, évaluer, agir*, Dunod, Paris
- HAWTON, K., SALKOVSKIS, P.M., KIRK, J., CLARK, M.D. (1991), *Cognitive Behavior Therapy for Psychiatric Problems. A Practical Guide*, University Press, Oxford, New York, Tokio, Oxford
- HAYNES, S.T.N. (1990), „Behavioral Assessment of Adults”, in GOLDSTEIN, G., HEARSEN, M. (1990), *Handbook of Psychological Assessment*, Pergamon Press, New York
- HAYNES, S.T.N. (1991), „Behavioral Assessment”, in HERSEN, M., KAZDIN, A.E., BELLACK, A.S. (eds.) (1991), *The Clinical Psychology Handbook*, Pergamon Press, New York, Oxford, Tokyo, Toronto

- HERSEN, M., KAZDIN, A.E., BELLACK, A.S. (eds.) (1991), *The Clinical Psychology Handbook*, Pergamon Press, New York, Oxford, Tokio, Toronto
- HILL, C.E., O'Brain, K.M. (1999), *Helping Skills: facilitating exploration, insight, and action*, American Psychological Association, Washington
- HUDSON O'HANLON, W., WEINER-DAVIS, M. (1995), *L'orientation vers les solutions. Une approche nouvelle en psychothérapie*, SATAS, Bruxelles
- HYMAN, H.T. (ed.) (1975), *Interviewing in Social Research*, The University of Chicago Press, Chicago & London
- IONESCU, G., BEJAT, M., PAVELCU, V. (1985), *Psihologie clinică*, Ed. Academiei, București
- IVEY, A.E., SIMEK-DOWNING, L. (1980), *Counseling and Psychotherapy: Skills, Theories, and Practice*, Prentice-Hall Inc., Englewood Cliffs, New Jersey
- KIRK, J. (1991), „Cognitive-behavioural assesment”, in HAWTON, K., SALKOVSKIS, P.M., KIRK, J., CLARK, M.D. (1991), *Cognitive Behavior Therapy for Psychiatric Problems. A Practical Guide*, Oxford University Press, Oxford, N.Y., Tokio
- KLINE, P. (1993), *The Handbook of Psychological Testing*, Routledge, London and New York
- LANYON, R.I., GOODSTEIN, L.D. (1997), *Personality Assesment*, John Wiley & Sons, Inc., New York
- LAPLANCHE, J., PONTALIS, J.B. (1994), *Vocabularul psihanalizei*, Humanitas, București
- LAYOLE, G. (1982), *La conduite d'entretiens*, Les Éditions d'Organisation, Paris
- LAZARUS, A.A. (1998), „La thérapie multimodale: électionisme méthodique et intégration minimale”, in NORCROSS, J.C., GOLDFRIED, M.R. (eds.), *Psychothérapie intégrative*, Desclée de Brouwer, Paris
- MAHER, B.A. (1991), „A Personal History of Clinical Psychology”, in HERSEN, M., KAZDIN, A.E., BELLACK, A.S. (eds.) (1991), *The Clinical Psychology Handbook*, Pergamon Press, New York, Oxford, Tokyo, Toronto
- MARCUS, S. (1997), *Empatie și personalitate*, Atos, București
- MATALON, B. (1993), „L'expérimentation et l'observation”, in GHIGLIONE, R., RICHARD, J.F. (1993), *Cours de psychologie. II. Bases, Méthodes, Epistémologie*, Dunod, Paris
- MAY, T. (1997), *Social Research. Issues, methods and process*, Open University Press, Buckingham, Philadelphia
- MICHIELS-PHILIPPE, M.-P. (ed.) (1984), *L'observation*, Delachaux & Niestlé, Neuchâtel, Paris
- MIRABEL-SARRON, CH., RIVIÈRE, B. (1993), *Précis de thérapie cognitive*, Dunod, Paris
- MIRABEL-SARRON, CH., VERA, L. (1995), *L'entretien en thérapie comportementale et cognitive*, Dunod, Paris
- MORO, M.R. (1993), „Les méthodes cliniques”, in GHIGLIONE, R., RICHARD, J.F. (1993), *Cours de psychologie. II. Bases, Méthodes, Epistémologie*, Dunod, Paris
- MOULIN, M. (1992), *L'examen psychologique en milieu professionnel*, PUF, Paris
- MUCCHIELLI, R. (1974), *L'observation psychologique et psychosociologique*, ESF, Paris
- MUCCHIELLI, R. (1994), *L'entretien de face à face dans la relation d'aide*, ESF, Paris
- MURPHY, K.R., DAVIDSHOFER, CH.O. (1994), *Psychological Testing. Principles and Applications*, Simon & Schuster, Englewood Cliffs, New Jersey
- O'CONNELL, B. (1998), *Solution-Focused Therapy*, Sage Publications Ltd., London, Thousand Oaks, New Delhi
- O'CONNOR, J., SEYMOUR, J. (1995), *Introduction à la PNL*, Vigot, Paris
- OTHMER, E., OTHMER, S.C. (1994), *The Clinical Interview using DSM-IV. Vol. 1: Fundamentals*, American Psychiatric Press Inc., Washington
- PATTON, M.Q. (1990), *Qualitative Evaluation and Research Methods*, Sage Publications Ltd., Newbury Park, London, New Delhi
- PERRON-BORELLI, M., PERRON, R. (1973), *L'examen psychologique de l'enfant*, PUF, Paris
- PIAGET, J. (1973), *Nașterea inteligenței la copil*, EDP, București
- POUSSIN, G. (1992), *La pratique de l'entretien clinique*, Privat, Toulouse

- QUIVY, R., VAN CAMPENHOUDT, L. (1995), *Manuel de recherche en sciences sociales*, Dunod, Paris
- REMY, J. (1990), „L'analyse structurale et la symbolique sociale”, in REMY, J., RUQUOY, D., *Méthodes d'analyse de contenu et sociologie*, Faculté Universitaire Saint-Louis, Bruxelles
- REMY, J., RUQUOY, D. (eds.) (1990), *Méthodes d'analyse de contenu et sociologie*, Faculté Universitaire Saint-Louis, Bruxelles
- REUHLIN, M. (1992), *Introduction à la recherche en psychologie*, Nathan, Paris
- ROBERT, M. (ed.) (1988), *Fondements et étapes de la recherche scientifique en psychologie*, Saint-Hyacinthe, Edisem, Québec, Paris
- ROGERS, C. (1968), *Le développement de la personne*, Dunod, Paris
- ROGERS, C. (1974), *La relation d'aide et la psychothérapie*, ESF, Paris
- ROSENHAN, D.L. (1988). „Être sain dans un environnement malade”, in WATZLAWICK, P., *Invention de la réalité*, Seuil, Paris
- ROȘCA, M. (1972), *Metode de psihodiagnostic*, EDP, București
- RUQUOY, D. (1990), „Les principes et procédés méthodologiques de l'analyse structurale”, in REMY, J., RUQUOY, D., *Méthodes d'analyse de contenu et sociologie*, Faculté Universitaire Saint-Louis, Bruxelles
- SAMUEL-LAJEUNESSE, B., et.al. (1998), *Manuel de thérapie comportementale et cognitive*, Dunod, Paris
- SEXTON, L.T., WHISTON, S.C. (1994), „The status of the counseling relationship ; an empirical review, theoretical implications; and research directions”, in *The Counseling Psychologist*, vol. 22, nr. 1, Sage Periodicals Press, London, New Delhi
- SHAZER, S. de (1985), *Keys to solution in brief therapy*, W.W. Norton & Company, New York, London
- SHEA, S.C. (1990), „Contemporary Psychiatric Interviewing: Integration of DSM - III, Psychodynamic Concerns, and Mental Status” in GOLDSTEIN, G., HEARSEN, M. (1990), *Handbook of Psychological Assessment*, Pergamon Press, New York
- SIMON, L.J. (1969), *Basic Research Methods in Social Science*, Random House, New York
- TRAVERSO, V. (1999), *L'analyse des conversations*, Nathan, Paris
- WALTER, J.L., PELLER, J.E. (1992), *Becoming Solution - Focused in Brief-Therapy*, Brunner/Mazel Inc., New York
- WATZLAWICK, P. (1990), „Therapy is what you say it is”, in J.K. ZEIG, S.G. GILLIGAN, *Brief therapy. Myths, methods and metaphors*, Brunner/Mazel Inc., New York
- WATZLAWICK, P. (ed.) (1988), *L'invention de la réalité*, Seuil, Paris
- WEIL-BARAIS, A. (1997), „Le codage et l'analyse des corps”, in WEIL-BARAIS, A. (ed.) (1997), *Les méthodes en psychologie*, Breal, Rosny
- WEIL-BARAIS, A. (ed.) (1997), *Les méthodes en psychologie*, Breal, Rosny
- WEINER, I.B. (1991), „Theoretical Foundation of Clinical Psychology”, in HERSEN, M., KAZDIN, A.E., BELLACK, A.S. (eds.) (1991), *The Clinical Psychology Handbook*, Pergamon Press, New York, Oxford, Tokyo, Toronto
- WIENS, A.N. (1990), „Structural Clinical Interviews for Adults”, in GOLDSTEIN, G., HEARSEN, M. (1990), *Handbook of Psychological Assessment*, Pergamon Press, New York
- WIENS, A.N. (1991), „Diagnostic Interviewing”, in HERSEN, M., KAZDIN, A.E., BELLACK, A.S. (eds.) (1991), *The Clinical Psychology Handbook*, Pergamon Press, New York, Oxford, Tokyo, Toronto
- ZASTROW, CH. (1989), *The Practice of Social Work*, The Dorsey Press, Chicago
- ZEIG, J.K., GILLIGAN, S.G. (eds.) (1990), *Brief Therapy. Myths, Methods and Metaphors*, Brunner/Mazel Inc., New York

Collegium. Psihologie

au apărut :

- Adrian Neculau (coord.) – *Psihologie socială. Aspecte contemporane*
- Andrei Cosmovici – *Psihologie generală*
- W. Doise, J.-C. Deschamps, G. Mugny – *Psihologie socială experimentală*
- Adrian Neculau, Gilles Ferréol (coord.) – *Minoritari, marginali, excluși*
- Constantin Cucos – *Minciună, contrafacere, simulare. O abordare psihopedagogică*
- Mielu Zlate (coord.) – *Psihologia vieții cotidiene*
- R.Y. Bourhis, J.-P. Leyens (coord.) – *Stereotipuri, discriminare și relații intergrupuri*
- Serge Moscovici – *Psihologia socială sau mașina de fabricat zei*
- Adrian Neculau (coord.) – *Câmpul universitar și actorii săi*
- Adrian Neculau (coord.) – *Psihologia câmpului social. Reprezentările sociale*
- J. Barus-Michel, F. Giust-Desprairies, Luc Ridel – *Crize. Abordare psihosocială clinică*
- Andrei Cosmovici, Luminița Iacob (coord.) – *Psihologie școlară*
- Șerban Ionescu – *Paisprezece abordări în psihopatologie*
- Serge Moscovici (coord.) – *Psihologia socială a relațiilor cu celălalt*
- Willem Doise, Gabriel Mugny – *Psihologie socială și dezvoltare cognitivă*
- Ana Stoica-Constantin, Adrian Neculau (coord.) – *Psihosociologia rezolvării conflictului*
- André Sirota – *Conduite perverse în grup*
- Adrian Neculau, G. Ferréol (coord.) – *Psihosociologia schimbării*
- Mircea Miclea – *Psihologie cognitivă. Modele teoretico-experimentale*
- Mielu Zlate – *Psihologia mecanismelor cognitive*
- Gilles Ferréol (coord.) – *Identitatea, cetățenia și legăturile sociale*
- Mielu Zlate – *Introducere în psihologie*
- Ion Dafinoiu – *Elemente de psihoterapie integrativă*
- Eva Drozda-Senkowska – *Psihologia socială experimentală*
- Cornel Havârneanu – *Cunoașterea psihologică a persoanei. Posibilități de utilizare a computerului în psihologia aplicată*

Steve Duck – *Psihologia relațiilor interumane. Teorie, concepte și noțiuni fundamentale*

Valentin Clocotici, Aurel Stan – *Statistică aplicată în psihologie*

Gilles Ferréol (coord.) – *Adolescenții și toxicomania*

Adrian Neculau (coord.) – *Analiza și intervenția în grupuri și organizații*

Pierre De Visscher, Adrian Neculau (coord.) – *Dinamica grupurilor. Texte de bază*

Mihaela Roco – *Creativitate și inteligență emoțională*

Jean Delacour – *Introducere în neuroștiințele cognitive*

Ion Dafinoiu – *Personalitatea. Metode de abordare clinică: observația și interviul*

în pregătire :

Septimiu Chelcea – *Un secol de cercetări în psihosociologie*

Aurel Stan – *Testul psihologic. Evoluție, construcție, aplicații*

Dan Goglează – *Întâlnire cu un psihoterapeut în practica schimbării.*

Exemple, cazuri, soluții, comentarii

www.polirom.ro

Coperta : Manuela Oboroceanu

Redactor : Lidia Ciocoiu

Tehnoredactor : Ioana Mariniuc

Bun de tipar : ianuarie 2002. Apărut : 2002

Editura Polirom, B-dul Copou nr. 4 • P.O. Box 266, 6600, Iași

Tel. & Fax (032) 21.41.00; (032) 21.41.11;

(032) 21.74.40 (difuzare); E-mail: office@polirom.ro

B-dul I.C. Brătianu nr. 6, et. 7 • P.O. Box 1-728, 70700, București;

Tel.: (01) 313.89.78, E-mail: polirom@dnr.ro

Tiparul executat la S.C. LUMINA TIPO s.r.l.

str. Luigi Galvani nr. 20 bis, sect. 2, București

Tel./Fax : 211.32.60, 212.29.27, E-mail: lumina-lex@fx.ro

B.C.U. „M. EMINESCU” IAȘI

50,000 lei.

Ion Dafinoiu

PERSONALITATEA

Metode de abordare clinică

Observația și interviul

În studierea personalității, subiectivitatea psihologului trebuie să fie una „disciplinară”, iar această disciplină se dobândește printr-o formare profesională corespunzătoare. Volumul de față prezintă studenților de la psihologie, psihologilor, dar și profesioniștilor din alte domenii științifice socio-umane (pedagogi, medici, sociologi etc.) două dintre cele mai utilizate metode clinice de abordare a personalității: **observația și interviul**.

- Evaluarea personalității. Schiță istorică
- Studiul personalității. Comportamentul
- Abordarea clinică în psihologie
- Observația
- Interviul psihologic. Cadru general
- Interviul clinic
- Terapiile clinic-comportamentale
- Tehnici, procedee, metode, exemple

Ion Dafinoiu este conferențiar, cancelar al Facultății de Psihologie și Științele Educației, șeful Catedrei de Psihologie Medicală și Psihopedagogie Specială, Univ. „Al.I. Cuza”, Iași; vicepreședinte al Societății Române de Sugestie și Hipnoză, președinte al Societății Române de Hipnoză clinică, Relaxare și Terapie ericksoniană. De același autor: *Sugestie și hipnoză* (Editura Științifică și Tehnică, București, 1996); *Elemente de psihoterapie integrativă* (Editura Polirom, Iași, 2000).

Collegium



Editura POLIROM
www.polirom.ro

ISBN 973-683-885-4



9 789736 838859